DU

DÉLIRE AIGU

PAR

Marcel BRIAND,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,
Interne des asiles de la Seine.



PARIS
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER, LIBRAIRES-EDITEURS
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

—

1881

TABLE DES MATIERES.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Monsieur-le-Prince, 31.
A. Davy, successeur.

DU DÉLIRE AIGU

AVANT-PROPOS

Pendant mon internat à Sainte-Anne, dans le service de mon excellent maître M. Magnan, j'ai eu la bonne fortune d'observer un grand nombre de cas d'une forme mentale spéciale qu'on ne rencontre qu'exceptionnellement dans les autres asiles. Je veux parler du délire aigu.

Les malades qui en sont atteints sont, dans le service, l'objet de la sollicitude la plus vive et des soins les plus attentifs ; aussi ai-je été entraîné naturellement à l'étude de cette maladie, malgré l'obscurité qui l'entoure. Et d'ailleurs comment ne pas être attiré vers les tristes victimes d'une si effrayante affection, secouées par la plus terrible révolution physique, intellectuelle et morale, en proie à des accidents d'une acuité extrême, dont la terminaison la plus fréquente est malheureusement la mort ?

Je me propose après un court historique qui reflètera les principales opinions des auteurs sur cette impor-

tante question de rappeler ce qui a été décrit dans l'anatomie pathologique de ce sujet, en y joignant quelques faits nouveaux. J'étudierai ensuite la marche de la maladie, et terminerai par un résumé des différents traitements le plus généralement employés.

Qu'il me soit permis de placer cette étude sous les auspices de M. Magnan dont les savants conseils ne m'ont jamais manqué. Je remercie aussi M. Bouchereau pour la bienveillance qu'il m'a témoignée depuis mon début dans l'étude de cette branche importante de la médecine: la pathologie mentale.

Que les deux noms de ces maîtres respectés soient confondus dans cette dédicace comme ils le sont dans ma reconnaissance!

CHAPITRE PREMIER.

HISTORIQUE.

Hippocrate semble avoir le premier distingué de la vésanie simple le délire des maladies aiguës. On en trouve l'indication dans ce passage instructif de Galien (1): « Hippocrate, écrit-il, semble appeler φρενιτις un délire (παραφροσύνη) dans une fièvre aiguë. Il dit continu, car le délire arrive quelquefois dans la période d'état des fièvres violentes, mais disparaît dans la période de déclin. On dit qu'un homme est pris de manie (μαινεσθαι) quand il a du délire sans fièvre, mais qu'il a la φρενετις quand il a de la fièvre; quand le délire n'arrive que dans la période d'état on se sert d'autres termes. Mais pour qu'on se serve du mot φρενιτις, il faut deux conditions, la fièvre et la continuité du délire. »

Cœlius Aurelianus (2), le dernier et le plus complet des psychiâtres antiques, donne de la phrénésie une définition d'après laquelle il paraît, lui aussi, avoir entrevu la différence qui sépare le délire aigu des autres formes mentales. « La phrénésie, dit-il, est une altération de l'esprit avec fièvre aiguë, pouls petit et fréquent, carphologie et crodicisme. Voici, du reste, comment se

(1) Comm. I, inProrrh (voir Œuvres choisies d'Hippocrate, par Daremberg, p. 462.

(2) Cælius Aurelianus. — Des maladies, livre I, § 30.

trouve expliquée, dans le livre premier des Maladies, l'origine de cette affection si commune dans la Grèce : « La phrénitis se comporte ainsi : le sang dans l'homme apporte la plus grande part de l'intelligence ; quelques-uns même disent qu'il l'apporte tout entière. Quand donc la bile, mise en mouvement, a pénétré dans les veines et dans le sang, elle ôte à ce liquide, en le déplaçant et en le changeant en sérum, son mouvement et sa constitution habituelle, et elle l'échauffe. Echauffé, il échauffe à son tour le corps tout entier ; dès lors le patient délire et est hors de lui, vu la force de la fièvre et le changement qu'a subi le sang par sa modification séreuse et dans son mouvement. Les malades atteints de phrénitis ressemblent surtout aux individus en proie à la folie atrabilaire. En effet, c'est quand le sang est gâté par la bile et le phlegme que les mélancoliques sont pris de leur mal et qu'ils délirent ; quelques-uns même ont le transport. Il en est de même dans la phrénitis. Au reste, le transport et le délire sont moindres en proportion que la bile est plus ou moins faible. »

Pitsschaft et Simon jeune, de Hambourg, ont remarqué : le premier, que la phrénésie pouvait s'associer à divers états fébriles, le second que la plupart des anciens avaient désigné du nom de phrénitis ce que nous appelons encéphalite, avec cette différence qu'ils voyaient souvent dans cette affection une irritation sympathique.

Le délire aigu a été également pressenti par Willis (1)

(1) Willis. Opera medica de delirio et phrenitide, Cap. X, t. I, p. 227.

et Fodéré : le premier de ces auteurs fait dépendre la phrénésie de l'irritation des nerfs, et ne considère l'injection des méninges que comme une simple coïncidence. Il cite à ce sujet l'observation fort remarquable d'une servante robuste en proie à un délire furieux, et qu'on avait été dans la nécessité d'attacher.

Les saignées, les évacuants, les émulsions, les hypnotiques, les boissons froides ayant été employés pendant huit jours, Willis ordonna qu'on l'enlevât pendant la nuit, qu'on la mît sur une barque et qu'après l'avoir dépouillée de ses vêtements et débarrassée de ses liens elle fût plongée dans la rivière, en prenant la précaution de lui passer un lien autour du corps pour l'empêcher de se noyer. Ce moyen fut inutile, car la jeune fille nageait d'elle-même. Au bout de quinze à vingt minutes elle sortit de l'eau saine d'esprit; on la coucha, elle dormit, transpira abondamment et guérit radicalement sans aucun autre remède.

Fodéré (1) admet deux espèces de phrénésie : la symptomatique et l'exquisite. La première accompagne un grand nombre de maladies. Frédéric Hoffmann (2) remarque qu'elle est fréquente en Pologne à cause de la plique. La phrénésie exquisite est très rare dans les climats tempérés.

Un peu plus tard Stoll appelait la phrénésie une fièvre aiguë avec délire qui tue au troisième, au quatrième jour sans jamais dépasser le septième.

(1) Fodéré. Traité du délire. Paris, 1817, t. II, p. 406.
(2) Brierre de Boismont. Loc. cit., p. 96.

Georget (1) donne une description plus étendue de la maladie. Il reconnaît au délire aigu trois sortes de causes : 1° les affections graves du cerveau ; 2° les maladies des autres organes ; 3° l'action de certaines substances sur l'estomac.

Pour cet auteur « le délire aigu, ou l'affection des fonctions intellectuelles qui le constitue, n'est ordinairement qu'un symptôme d'une maladie plus grave d'un organe de l'économie ou du cerveau lui-même, symptôme qui sert plutôt à établir le pronostic qu'à indiquer l'administration du remède. »

Esquirol (2) parle de certains maniaques qui meurent par l'épuisement nerveux résultant de l'excès de leur excitation et de l'exaltation de leur délire. Il est hors de doute qu'il s'agit du délire aigu.

En 1829, un auteur anglais, Abercrombie (3) indiquait plus exactement la nature de l'affection, bien qu'il ne lui donnât pas le nom généralement admis aujourd'hui. Il n'est cependant pas douteux qu'il songeait au délire aigu dans le chapitre des inflammations de la pie-mère et de l'arachnoïde intitulé : « Une dangereuse variété de maladie où l'on observe seulement un degré plus élevé de vascularité. » Les observations de malades et les symptômes qu'il rapporte nous autorisent à penser que ce clairvoyant auteur entendait parler du délire aigu dans cette maladie « au plus haut point traîtresse

(1) Georget. De la folie, p. 223. Paris, 1820.

(2) Esquirol. Des maladies mentales. Paris, 1838.

(3) Abercrombie. Des maladies de l'encéphale, 1825, p. 84. Traduct. française par Gendrin.

et dangereuse, qui souvent amène la mort d'une façon rapide et inattendue. » En dehors d'une extrême richesse vasculaire de la pie-mère, Abercombie a trouvé fréquemment, à l'autopsie de ses malades, un léger épanchement entre cette membrane et l'arachnoïde, et, dans le cerveau même, de nombreux points rouges. Dans deux cas, la dissection du cadavre ne fit reconnaître aucune lésion qui pût expliquer les accidents d'une façon satisfaisante.

Le même auteur, dans son traité des « Inflammations du cerveau », constate avec étonnement une sorte de méningite qui, malgré son intensité, ne lui permet pas de traitement actif, dans laquelle la saignée générale est mal supportée, et souvent même exaspère les symptômes. Ce point particulier n'a rien qui doive nous étonner, et nous verrons plus tard qu'au contraire, dans l'état d'affaiblissement extrême où se trouvent les malades malgré leur excitation, la saignée est absolument contre-indiquée parce qu'elle épuise encore davantage le sujet. « Ceux, dit Abercrombie, qui ont écrit sur les maladies du cerveau, me paraissent ne pas avoir assez fixé leur attention sur une forme insidieuse de la méningite, qui met le malade dans le plus grand danger. Lorsqu'elle revêt cette forme, la méningite est facilement prise pour une manie..... On ne reconnaît quelquefois cette dangereuse affection que lorsqu'elle est devenue rapidement et inopinément fatale.... Elle commence quelquefois par une dépression des fonctions vitales, laquelle disparaît subitement après une courte durée pour faire place à un état de gaieté extraordinaire

que suit bientôt l'excitation maniaque...... Elle devient fatale par l'extinction subite de la vie au plus haut degré d'hyperstimulation. »

Mais on peut dire que cette affection, dont on ne trouvait jusque-là que des indications rudimentaires, a été signalée expréssément pour la première fois par Calmeil (1), chez les individus prédisposés à l'aliénation mentale par les influences héréditaires. Elle amène la mort rapide d'un certain nombre de sujets dont l'état maladif lui paraît général et bien difficile à caractériser. « Le malade est en proie à l'agitation la plus vive, ses membres sont continuellement en mouvement; il parle avec volubilité, et sans qu'il existe de suite, de rapports entre les paroles qui lui échappent ; il paraît obsédé par des hallucinations ou des fausses sensations de l'ouïe, de la vue, de l'odorat ; sa figure est altérée, ses yeux sont rouges, chassieux, extrêmement vifs ou tout à fait ternes ; il s'exhale de tout son corps une odeur repoussante ; le pouls est fréquent, la peau brûlante, la soif vive ; expuition continuelle. Aussitôt que cet aliéné porte un liquide à ses lèvres, il le repousse avec une précipitation dont il lui est impossible de se rendre maître; sa langue, ses lèvres deviennent arides et fuligineuses; enfin il succombe du cinquième au dixième jour, et l'autopsie des organes ne donne pas l'explication de ces funestes accidents..... Quelques sujets sont assez heureux pour rentrer dans les conditions ordinaires de la folie, et se réta-

(1) Calmeil. Traité des maladies inflammatoires du cerveau, t. I, p. 142 et suivantes.

blissent plus tard. Il ne faut pas confondre cet état qu'on peut, si on le juge convenable, qualifier de délire aigu avec les symptômes d'une dothiénentérie ou avec ceux d'une phlegmasie locale intense. » — On ne saurait, en aussi peu de lignes, tracer un tableau plus exact du délire aigu. Aussi Calmeil doit-il être considéré comme le premier auteur qui ait traité avec netteté cette importante question.

Après Calmeil, qui l'avait mise ainsi à l'ordre du jour, Lélut (1) s'en occupait bientôt et traçait, avec sa sagacité habituelle, les traits principaux de cette affection qu'il sépare de l'encéphalite, de la méningite et de la manie aiguë.

« Dans le tiers des délires aigus, dit ce médecin, je n'ai pas trouvé de lésions; le cerveau et ses membranes n'offraient aucun indice appréciable de phlegmasie. » Dans quelques autres de ses observations l'injection et la rougeur des enveloppes étaient manifestes.

Falret père, dans le Dictionnaire des études pratiques, la reprenait à son tour et donnait du délire aigu un tableau où se trouvent réunies sous une même dénomination plusieurs maladies différentes. Les auteurs du Compendium le rangent dans l'encéphalite.

En 1844 (2), Alquié pulbliait le résultat de plusieurs autopsies; il signalait également, dans les cas de ce genre, une injection de la substance cérébrale grise et la consi-

(1) Lélut. Inductions sur la valeur des altérations de l'encéphale dans le délire aigu et la folie, 1836.

(2) Alquié. Journal de Montpellier, juillet 1844.

dérait comme liée à une modification non désorganisatrice de l'écorce, n'impliquant pas nécessairement l'existence d'une méningite.

Brierre de Boismont(1), dans une savante communication à l'Acad. de médecine, présentait le délire aigu comme une affection *sui generis*, une individualité nosologique ; ce n'était donc ni la méningite ni la manie aiguë. Il n'admettait pour cette affection aucune inflammation particulière du cerveau et de ses membranes, la considérant comme une perturbation de la sphère nerveuse comparable au délire des buveurs. Il accepte cependant comme possible l'existence de troubles matériels et s'étend très longuement sur les points de contact du délire aigu, de la méningite et de la méningo-encéphalite.

Pour Luther Bell (2), un auteur américain qui s'est occupé incidemment de cette question, le mode de développement du délire aigu n'est pas suffisamment caractéristique pour en faire une forme particulière de délire.

Cette manière de voir est partagée par Jensen (3), médecin de Copenhague. Pour lui, le délire, ayant toujours un cachet individuel, présente dans chaque cas quelque chose de fortuit, sans jamais être assez constant pour qu'on puisse en caractériser l'espèce. « Ce n'est pas sur une empreinte individuelle qu'on peut fonder une clas-

(1) Brierre de Boismont. Du délire aigu observé dans les établissements d'aliénés. Paris, 1845.

(2) Luther Bell. Medical Journal of Insanity, 1849.

(3) Jensen. Ueber Delirium acutum mitgetheilt in der Allg. Zeitsch. für Psych., t. XI, p. 617.

sification et établir les bases du diagnostic différentiel.

« Cette donnée doit s'appliquer à toutes les formes délirantes, et celui-là commettrait certainement une grave erreur qui, du délire ambitieux, par exemple, s'aviserait de conclure au diagnostic de la paralysie générale. »

Jensen invoque le témoignage de quelques écrivains dont les travaux font autorité dans la science.

Andral, dans son traité des maladies de l'encéphale, lui fournit d'autant mieux un argument qu'on peut rattacher au délire aigu celui qui accompagne les affections des membranes du cerveau. Cet auteur fait remarquer qu'à l'exception de deux cas il a trouvé, comme Dance, que la sphère intellectuelle y était surtout atteinte et que le délire était un phénomène caractéristique beaucoup plus constant que les lésions de la sensibilité et de la motilité. Mais, comme la forme de ce délire est loin d'être constante, qu'on y observe également la dépression, l'excitation, l'agitation, la prostration, il est évident qu'aucune de ces formes ne peut servir de signe caractéristique pour le diagnostic essentiel des affections des membranes du cerveau, puisqu'il n'en est aucune qu'on n'observe dans les autres lésions cérébrales. En d'autres termes, cela revient à dire que la différence des états pathologiques ne peut se déduire des différences dans les formes délirantes, et que celles-ci, indices rationnels d'une excitation cérébrale ne peuvent, par elles-mêmes, nous faire discerner une congestion ou une inflammation.

On voit poindre déjà, sur le délire aigu, les différences d'opinion des auteurs; elles iront s'accentuant de plus

en plus dans la suite. Tandis que les uns ne l'envisagent que comme un terme à opposer au délire chronique, d'autres, comme Parchappe (1), veulent n'y voir qu'une forme fébrile de la manie; il en est enfin qui, à l'exemple de Brierre de Boismont, persistent à le considérer comme entité morbide.

Sous le nom de délire aigu, dit Baillarger, dans une annotation au Traité de pathologie mentale de Griesinger (2) on a décrit des faits de nature très différente. (A l'exemple de Griesinger, Baillarger n'en fait pas une maladie spéciale). «Il arrive assez souvent, dit-il, que chez les malades qui offrent depuis quelques jours, une ou deux semaines, les signes d'un accès de manie simple, on voit tout à coup survenir des symptômes plus aigus.

« L'insommie devient complète pendant cinq ou six jours.

« L'agitation est extrême et les cris incessants : bientôt il est impossible de fixer l'attention du malade qui prononce des mots sans suite, restant tout à fait étranger à ce qui se passe autour de lui.

«En même temps, les yeux sont brillants, la langue, les dents et les lèvres sèches; refus des aliments et souvent des boissons; constipation opiniâtre.

« La peau devient chaude, et le pouls acquiert en quelques jours une fréquence extrême (120 à 130 pulsations).

« A travers les parois du ventre qui sont contractées et comme collées sur la colonne vertébrale, on sent des battements aortiques très forts.

(1) Parchappe. Recherches d'anatomie pathologique.

(2) Griesinger. Traité des maladies mentales, p. 351. Note de Baillarger.

« Le plus souvent, sans que l'auscultation fasse rien découvrir dans la poitrine, le malade expectore des crachats épais, grisâtres, non aérés.

« Quand ces symptômes se sont prolongés une semaine ou plus, le malade tombe tout à coup dans une prostration extrême ; il cesse de crier, marmotte des mots sans suite ou reste dans le mutisme. Les traits sont profondément altérés, le pouls extrêmement petit, filiforme, impossible à compter. Soubresauts des tendons ; teinte légèrement cyanosée de la peau. Le malade succombe après avoir offert assez souvent un retour momentané à la raison.

« Dans un certain nombre de cas, il est impossible de sentir le pouls, 24, 36, et même quelquefois 48 heures avant la mort.

« A l'autopsie, on trouve une hyperémie plus ou moins considérable des membranes et de la substance même du cerveau.

« Les symptômes que je viens d'indiquer peuvent se présenter au début de la manie sans que la terminaison soit funeste. On voit alors ces symptômes rétrograder, et la manie reprendre son cours sous une forme moins aiguë. Ce sont les cas de ce genre que Stoll paraît avoir eus en vue, en parlant de la phrénésie qui survient chez les femmes en couches, quand il a dit « qu'elle dégénère parfois en manie qu'on guérit fréquemment ».

« Dans les cas au contraire où les symptômes persistent ou s'aggravent, la mort est certaine. On est quelquefois surpris par sa rapidité, la période de prostration ne se prolongeant alors qu'une journée à peine.

« Le délire aigu peut débuter d'emblée, après les prodromes d'un accès de manie, ou bien il arrive dans la première ou la seconde semaine, lorsque celle-ci a déjà éclaté.

« Ce qui peut le faire redouter, c'est une insomnie opiniâtre, et une agitation continue et sans rémission. Lorsque ces symptômes se présentent chez des femmes au début de la manie et à l'époque des règles. la transformation en délire aigu est particulièrement à craindre. J'ai depuis longtemps insisté sur ce fait que j'ai eu occasion d'observer un assez grand nombre de fois depuis 20 ans, à la Salpêtrière. Habituellement, dans les cas de ce genre, les règles ne font que paraître pendant quelques heures; quelquefois, cependant, la menstruation a pu se prolonger deux ou trois jours sans que la marche des accidents ait été arrêtée. »

« Le délire aigu, dit Marcé (1), peut survenir dès le début de la manie ou de la mélancolie au moment où la maladie fait explosion, mais il apparaît plus souvent dans le cours d'une manie, d'une mélancolie ou d'une monomanie ayant déjà quelque temps de durée, ou même après un accès de folie à double forme; il peut survenir encore dans la période maniaque de la paralysie générale, et alors il acquiert une gravité nouvelle en raison de l'existence concomitante d'une lésion organique du cerveau. Enfin il éclate quelquefois à la suite de certaines intoxications, et surtout de l'intoxication alcoolique comme nous le verrons plus tard. »

(1) Marcé. Traité pratique des maladies mentales.

En 1865, le docteur Thulié (1), partageant en partie l'opinion de Brierre de Boismont, décrivait, dans sa thèse remarquable, une forme de délire sans lésion anatomique.

Le délire aigu, pour Ach. Foville (2), ne serait qu'une forme de méningo-périencéphalite offrant les plus grandes analogies avec des états morbides très différents les uns des autres.

Les arguments à l'appui de cette opinion sont développés avec le talent qui distingue cet écrivain et cet observateur.

Maudsley (3) distingue très nettement la manie aiguë du délire aigu ; il donne à cette distinction une importance capitale. « Car si, dans la manie aiguë, il peut être opportun et avantageux d'insister sur un grand exercice en plein air, en obligeant même au besoin le malade à marcher entre deux servants, une semblable pratique serait scientifiquement irrationnelle dans l'autre cas, et amènerait les plus désastreuses conséquences. Il est au contraire préférable de procurer au malade un complet isolement afin de viser à lui fournir ce dont il a le plus besoin, le repos, loin d'aggraver sa maladie par un exercice forcé et des luttes funestes avec les servants. » Le pronostic pour lui est singulièrement influencé suivant que le malade prend de la nourriture ou refuse les aliments.

Pour la plupart des auteurs allemands contemporains,

(1) Thulié. Etude sur le délire aigu sans lésions. Paris, 1865.
(2) Ach. Foville. Nouv. Dict. de méd. et de chir. pra., t. XI.
(3) Maudsley. Journal of mental science, 2e trimestre, 1867.

Schüle (1) en tête, le delirium acutum est un nom collectif s'appliquant à un groupe, indéterminé en son étendue, d'états cérébraux aigus et suraigus qui s'accompagnent de fièvre, amènent tous un trouble mental très profond, et présentent une évolution maniaque avec des caractères pernicieux.

Nous n'en finirions pas si, dans l'historique de cet important sujet, nous voulions passer en revue toutes les questions de doctrine soulevées. Qu'il nous suffise d'indiquer les trois courants divers qui, à l'heure actuelle, se partagent l'opinion. Pour les uns, le délire aigu est une entité morbide nettement définie, avec ou sans lésion, et qui doit ouvrir un chapitre nouveau dans le cadre nosologique des maladies mentales; pour les autres ce n'est qu'un symptôme d'une maladie inflammatoire du cerveau et de ses membranes ; pour d'autres enfin, un épiphénomène ou un incident se surajoutant dans le cours d'une vésanie.

Laissant de côté cette récapitulation de faits connus, nous ferons porter tout l'effort de ce travail sur un exposé clinique. Il nous importait cependant de démontrer la très-grande divergence d'opinion des auteurs sur le délire aigu, et c'est là le but du court historique qui précède. On retrouve encore dans les travaux de Hertz (2), de Schüle, de Pauly (3), le reflet de ces divergences. Tout

(1) Schüle. Handbuch der Geisteskrankheiten, t. XVI, des Ziemssens' Handbuchs der speciellen Pathologie und Therapie.

(2) Hertz. Mémorial de la Société du Bas-Rhin, etc. Zur Casuistik des Delirium acutum. Bonn, 1868.

(3) Pauly. Delirium acutum maniacale. Bonn, 1868.

récemment enfin, le délire aigu s'est trouvé remis en question dans quelques courtes études des médecins allemands, notamment celles de Gottfried Jehn (1), et du professeur Fürstner (2); ils sont unanimes à rapporter aux auteurs français la découverte de cette maladie, et ce fait vaut qu'on le signale.

(1) Gottfried Jehn. Arch. de Westphal, 1878, t. VIII, p. 594 et suivantes.

(2) Fürstner. Ueber Delirium acutum. Arch. de Westphal, 188), t. XI, p 517 et suiv.

CHAPITRE II.

GÉNÉRALITÉS.

De toutes les perturbations qui peuvent assaillir une intelligence égarée, la plus intense, quoique l'une des plus courtes et la plus grave, est le délire aigu. Ce n'est plus un écart, une fausse route, c'est une chute vertigineuse dans les abîmes de la folie, chute pleine d'angoisse pour celui qui tombe, chute navrante pour celui qui assiste, spectateur souvent impuissant, à ce bouleversement tragique de la raison humaine.

On décrit plusieurs espèces de délires. Sans nous arrêter à la division de Falret, qui les sépare d'abord en deux grandes catégories selon l'absence ou la présence de fièvre, nous ne parlerons que des délires fébriles. Parmi eux, on compte ceux qui se manifestent dans le cours de la méningite et de l'encéphalite (qu'on nomme idiopathiques) et les délires symptomatiques des pyrexies graves, des phlegmasies locales. On peut aussi faire rentrer dans cette classification les délires toxiques lorsqu'ils s'accompagnent d'une grande élévation de température. En général, dans toute cette classe de délires aigus les souffrances du corps sont manifestes, le pouls est fréquent, la peau chaude; il y a de la soif, de l'anxiété, de l'insomnie, de l'excitation ou de la prostration. Quant aux manifestations délirantes, elles varient nota-

blement suivant que le délire fébrile est idiopathique, sympathique ou symptomatique; le premier est communément très agité, parfois furieux; le second est accompagné de moins d'agitation et de violence; le troisième, particulier aux fièvres graves ou typhoïdes, est assez souvent tranquille ou bien dénote des alternatives d'excitation, de stupeur et de coma. Dans ces trois espèces de délire fébrile, les soubresauts des tendons, les tremblements des membres, les mouvements particuliers qu'on désigne sous les noms de jactitation, de carphologie, sont des symptômes fort ordinaires et toujours graves.

Chacun de ces délires offre un développement plus ou moins rapide suivant la nature et la marche des affections auxquelles il se lie. Mais le plus souvent on l'observe après quelques jours, d'autres fois au bout de quelques heures de l'invasion de la fièvre. Ce délire subit les variations des maladies dont il dépend : il s'exaspère, s'affaiblit ou cesse avec elles.

A coté de cela, il existe une affection singulière, accompagnée d'un grand désordre mental, à marche rapide et le plus souvent mortelle qui présente absolument les mêmes symptômes, mais qui ne s'accompagne d'aucune affection organique connue, et suffisante pour expliquer l'intensité des désordres qui la caractérisent. C'est cette maladie que les auteurs ont désignée du nom de manie suraiguë, délire aigu, délire fébrile. Ces différents noms ne nous paraissent pas d'un heureux choix parce que le délire n'est pas toujours le symptôme le plus saillant; et si, au début, on observe toujours des mo-

difications dans le caractère et des troubles de l'intelligence, ils ne manquent jamais d'être accompagnés de symptômes physiques d'une intensité telle que souvent ils occasionnent de grossières erreurs de diagnostic. Combien en effet n'avons-nous pas vu de ces malades soignés pour un simple embarras gastrique, pour une fièvre typhoïde, ou même considérés comme au début d'une fièvre éruptive. Le délire ne fait certainement jamais défaut, mais il est entouré d'un appareil symptomatologique si complet qu'il peut paraître étonnant, au premier abord, qu'on ait choisi ce symptôme pour base de dénomination. Le délire ne doit être considéré que comme le symptôme d'une maladie dont l'essence propre échappe encore à notre investigation et non comme la maladie elle-même. Le même reproche doit s'adresser à la dénomination de manie aiguë sous laquelle il est décrit par quelques auteurs, d'abord parce que la manie, dans ce cas, n'est aussi qu'un symptôme, et surtout parce que bien des formes se rapprochent plutôt de la mélancolie.

Certains auteurs et Schüle en particulier décrivent deux formes de delire aigu, l'une qu'ils appellent maniaque, l'autre mélancolique. Elles s'expliquent suffisamment par leur dénomination pour qu'il soit inutile de rappeler leurs descriptions. Nous nous sommes demandé en face de chacun des malades que nous avons observés, dans quelle forme nous les rangerions si nous avions à les catégoriser, et notre opinion variait nonseulement avec le jour où nous la formulions, mais quelquefois même encore avec l'heure de la journée où

nous voyions nos malades : c'est dire que le même sujet se rapproche tantôt davantage de la manie, tantôt de la mélancolie. Il n'y a donc pas lieu, selon nous, de décrire deux formes au délire aigu (1), car même dans le type le plus maniaque il y a toujours un fond mélancolique.

(1) On voit quelquefois des maniaques ou des mélancoliques pris de fièvre, et continuant alors à se montrer franchement soit maniaques, soit mélancoliques ; mais cela ne constitue pas le délre aigu auquel ils n'empruntent qu'un seul élément, la fièvre, sans en revêtir les autres symptômes.

CHAPITRE III.

NATURE DE LA MALADIE.

Existe-t-il réellement une forme mentale qui ne soit symptomatique d'aucune autre affection et qu'on puisse désigner du nom de délire aigu ?

Avant de répondre à cette question, il nous faut passer en revue les données cliniques sur lesquelles repose cette maladie, et de l'étude attentive de ses symptômes ressortira, nous l'espérons, l'élément d'une solution acceptable. Disons dès maintenant que lorsque des auteurs de la compétence et de la notoriété de ceux qui se sont occupés de notre sujet diffèrent si complètement d'opinion sur un point en apparence si simple, il y a tout lieu de croire que des vérités relatives doivent se rencontrer de part et d'autre, et qu'aucun des systèmes ne saurait avoir complètement raison.

L'observation suivante montrera comment les choses se passent le plus ordinairement dans les cas simples et indiscutables.

Observation I.— R..., 40 ans, de caractère ordinairement gai, montrait depuis quelques jours des inquiétudes non motivées, perdait l'appétit et le sommeil, et « se sentait tout drôle », pour employer son expression. Il n'a jamais fait d'excès alcooliques, et exerce très régulièrement son métier de doreur sur bois. Le 12 décembre 1880, il quitte l'atelier et se rend à la maison, non sans difficultés; il avait des bour-

donnements dans les oreilles; chemin faisant, ces bourdonnements se transforment, il lui semble entendre comme des murmures et des chants, mais il a parfaitement conscience de ces illusions et il arrive chez lui, se plaignant de lassitude extrême, de céphalalgie. « Il a comme un vide dans la tête », et se couche. Le sommeil ne vient pas; il se tourne et se retourne dans son lit sans pouvoir dormir, attendant avec impatience le moment de se lever pour se rendre à l'atelier; mais, le jour venu, il ne peut se livrer à ses occupations habituelles; il est abattu, fait même quelques gestes qui attirent l'attention de ses camarades, et quitte enfin l'atelier pour revenir à la maison. Dans la journée ces symptômes continuent à s'aggraver. R... monte dans sa chambre, et s'étend tout habillé sur son lit, s'excite encore un peu, appelant ses parents, parlant beaucoup, et finalement devient d'une grande loquacité avec complète incohérence. Il voit tout le monde mort autour de lui, les figures de ceux qui l'approchent sont décomposées, et il cherche à mordre et à frapper quiconque l'aborde.

Le lendemain, son frère faisait les démarches nécessaires pour le conduire à Sainte-Anne, où il arrivait le 13 au soir. La famille qui, selon son habitude en pareils cas, cherche à l'invasion de la maladie une cause immédiate et récente, l'attribue à des scènes de jalousie que lui faisait sa femme.

Renseignements pris, elle n'est pas plus jalouse que le commun des femmes, mais, en revanche, le mari est coureur et s'est livré de tout temps aux excès vénériens. Comme renseignements héréditaires, on trouve un oncle mort à Bicêtre (délire chronique avec prédominance d'idées mystiques).

A son arrivée, le malade présente une mobilité extrême de la face; il a l'aspect effrayé, regarde avec crainte ceux qui l'approchent, recule et cherche à fuir. Le pouls est petit, fréquent (130 pulsations); la langue est sèche, les dents sont enduites d'une matière noirâtre, l'haleine est fétide, le regard brillant, la peau sèche et rugueuse, la face pâle, les pommettes rosées; la sensibilité est conservée. Constipation. T. R., 39,2. Pendant la nuit, excitation incessante; le patient se sauve en criant d'un bout à l'autre de sa cellule. Le lendemain, à la visite, les symptômes sont les mêmes, et M. Magnan n'hésite pas à porter le diagnostic de délire aigu.

Les cris qu'a poussés le malade depuis la veille l'ont rendu aphone.

A l'auscultation du cœur, léger bruit de souffle au premier temps et à la base.

Sulfate de quinine : 1 gramme. Lait, chocolat, potage, viande hachée. Lavement à la glycérine.

Le 15 au matin, l'excitation est moindre; le malade reste étendu sur son lit dans le décubitus dorsal; les bras seuls sont en mouvement; toux légère avec expectoration muco-purulente ; résonnance un peu moindre à la base, en arrière et à droite; souffle un peu rude en ce point, quelques râles bronchiques généralisés ; râle trachéen abondant.

Dans la soirée, l'état s'aggrave. Une sécrétion purulente s'amasse dans les conjonctives, les dents et les lèvres deviennent de plus en plus fuligineuses; puanteur extrême de la bouche.

Le 16 au matin. Dépression. D'après le rapport du veilleur, R... est dans cet état depuis neuf heures du soir; il essaye encore quelques mouvements incoordonnés; l'articulation des mots est devenue difficile, la langue s'ulcère ; le malade crache les aliments qu'on lui met dans la bouche. Temp. rect., 41,2; pouls impossible à saisir. La constipation du début s'est changée en diarrhée; la faiblesse extrême rend le cathétérisme œsophagien impraticable.

A la contre-visite, respiration stertoreuse; l'asphyxie commence, les ongles sont violacés. Mort à 5 h. 1/2 du soir.

A l'autopsie, pratiquée vingt-quatre heures après la mort, les os du crâne se présentent un peu injectés; ils adhèrent à la dure-mère et cette adhérence remonte à une assez longue date; les méninges sont lactescentes par places; elles contiennent en outre une assez grande quantité de liquide. Vivement injectées au pourtour de la scissure de Sylvius, et surtout au niveau de la pariétale ascendante droite, elles se détachent facilement; on ne peut pourtant attribuer la facilité avec laquelle elles s'enlèvent à l'abondance du liquide, comme cela se rencontre quelquefois, car on ne voit nulle part ce pointillé particulier qui indiquerait qu'elles auraient été décollées.

A la coupe du cerveau, on est surtout frappé d'une marbrure, d'une teinte hortensia, de toute la substance blanche. Cette marbrure, qui est très peu accusée, s'écarte complètement, tant par son intensité que par son aspect, de ce qu'on rencontre dans l'encéphalite. La substance grise des noyaux centraux ne paraît avoir subi aucune modification, tandis que celle des circonvolutions présente une décoloration et une pâleur uniformes.

Le poumon droit est congestionné dans son quart inférieur en arrière, mais sans inflammation active; le cœur est un peu gras, flasque et décoloré; l'aorte, sans lésion valvulaire, présente au niveau de la

grande courbure une bande longitudinale de 2 centimètres de largeur, reposant sur les valvules sygmoïdes et offrant une couleur lie de vin sans élevure; ses bords sont diffus et perdent insensiblement leur teinte. On rencontre aussi quelques petites plaques d'athérome. Le foie est jaunâtre; il en est de même de la substance corticale du rein. Pas d'infarctus.

L'examen attentif du tube intestinal ne révèle aucune lésion.

Cette observation, choisie à dessein parmi les cas les plus simples que nous ayons eu occasion de suivre, montre qu'il existe une forme mentale s'accompagnant de réactions fébriles sans localisations suffisantes pour les expliquer. Ce n'est pas, en effet, dans l'injection un peu plus accusée des méninges en certains points, non plus que dans l'hypérémie de la substance blanche, manifestée par ses marbrures, qu'il faudra chercher la cause de l'élévation de température. Ne voit-on pas tous les jours, soit dans la paralysie générale, soit dans les cas de tumeurs cérébrales, etc., une vascularisation beaucoup plus active qui ne se trahit pourtant sur le vivant par aucune élévation de la température centrale? En peut-on conclure qu'on avait affaire à une méningite ou à une encéphalite? Nous ne le pensons pas. Notre malade n'a présenté aucun des symptômes qu'on rencontre dans l'une ou l'autre de ces affections. S'il se plaignait, au début, d'un peu de céphalalgie, elle était loin d'atteindre l'intensité de la méningite; les convulsions et les vomissements alimentaires, si fréquents dans cette maladie, ont également fait défaut. Ajoutons que la dilatation pupillaire et le ralentissement du pouls de la période ultime des méningitiques, comme d'ailleurs la

marche même de la maladie, ne pouvaient laisser aucun doute à cet égard La rapidité des accidents doit également éloigner de l'esprit toute idée de méningite chronique.

Venons-nous à la comparaison de l'encéphalite et de sa marche avec notre observation, la différence des affections s'affirmera bien plus encore par la différence des accidents. Dans l'encéphalite, la lésion est ordinairement localisée en un point quelconque du cerveau, et surtout dans la substance corticale; en notre cas, au contraire, elle siégeait uniquement dans la substance blanche. L'idée, on pourrait dire, surgit spontanément de la possibilité d'une relation entre l'état délirant du malade et cette hypérémie du centre blanc. En effet, de même qu'on peut provoquer un mouvement ou une sensation en excitant un nerf sur son parcours sans qu'il soit nécessaire d'atteindre son origine réelle, de même cette excitation des conducteurs du cerveau pourrait déterminer une hyperidéation des idées délirantes, et, la lésion étant généralisée, la multiplicité du délire trouverait là une explication plausible.

Nous ne serions pas, pour notre part, disposé à l'admettre plutôt que celle qui consisterait à attribuer l'état mental de ces malades à l'excitation produite sur l'écorce par le voisinage d'une méninge injectée; car, s'il en était ainsi, l'irritation par nous rencontrée dans quelques autopsies au niveau de certains points admis généralement comme centres psycho-moteurs depuis les recherches de Hitzig, Ferrier, Fritz, Frank, Pitre, et, au point de vue clinique, Charcot et ses élèves, aurait

dû se traduire par des mouvements correspondants, ce que nous n'avons jamais noté chez aucun des malades que nous avons pu suivre.

Willis, nous l'avons dit, ne voyait qu'une simple coïncidence entre l'injection des méninges et le délire, sans admettre que cette hyperhémie pût modifier le fonctionnement du cerveau ; nous irons plus loin, car nous pensons qu'elle n'est au contraire que la conséquence du trouble fonctionnel des cellules cérébrales. A l'état physiologique, tout travail intellectuel s'accompagne d'un afflux sanguin vers les centres nerveux, et cet afflux augmente avec l'effort développé. Il est facile de comprendre combien alors il devra être intense chez un sujet en proie à cette hyperidéation permanente que présentent les malades frappés de délire aigu ; il se transformera en un véritable état congestif. On peut même ajouter que si l'afflux sanguin suffisait à la production du délire, l'acrobate qui se suspend par les pieds ne manquerait point d'être pris d'un accès maniaque pendant cet exercice.

Les troubles intellectuels produits par le haschich, l'opium, la belladone, et surtout ceux produits par l'alcool, troubles aujourd'hui si bien connus depuis les travaux de M. Moreau (1), de Tours, et les recherches plus récentes de M. Magnan (2), suggèrent l'idée d'un rapport possible les rattachant à une modification du sang, peut-être même à un empoisonnement. Les investigations ultérieures que nous nous proposons d'entrepren-

(1) Moreau de Tours. Du Haschich et de l'aliénation mentale.

(2) Magnan. De l'alcoolisme, des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement. Paris, 1874.

dre dans cette direction nous permettront peut-être d'élucider cette importante question.

S'il y a empoisonnement, comme cette affection frappe surtout les héréditaires, il faudra admettre que l'hérédité vésanique se manifeste par une sensibilité accrue des liquides sanguins aux influences extérieures, plutôt que par une modification de la substance propre des éléments nerveux, à moins cependant que cette modification n'agisse elle-même sur le sang.

L'aspect typhique des malades, les troubles physiques qu'ils présentent, leurs attitudes particulières si difficiles à décrire, mais si frappantes pour l'observateur qui les suit, les rapprochent singulièrement de cet état septicémique de plusieurs autres affections graves, et laisseraient facilement croire à un empoisonnement dont la nature nous échappe.

Qu'il soit donc permis d'envisager la possibilité d'arriver quelques jours à l'explication rationnelle de cet état pathologique.

On sait maintenant, qu'il existe dans le sang de certains syphilitiques des modifications qui, quand on les rencontre, peuvent permettre de faire le diagnostic de la maladie. Peut-être en sera-t-il plus tard de même pour le délire aigu.

Sans insister davantage sur les questions de doctrine qu'on peut discuter, mais non pas encore résoudre, nous allons aborder la simple étude des faits que le délire aigu a présentés à notre observation, en cherchant à dégager de leur complexité le caractère propre de chacun d'eux.

L'anatomie pathologique, l'étiologie, le mode de développement et surtout les symptômes et la marche des accidents seront décrits avec soin, sans préjudice pourtant du pronostic et du traitement, qui auront leur paragraphe; nous donnerons le résumé de quelques autopsies en nous efforçant de lier les phénomènes observés pendant la vie aux altérations constatées à l'amphithéâtre.

CHAPITRE IV.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Comme nous l'avons vu, Brierre de Boismont (1) n'admettait pour notre affection aucune altération particulière du cerveau et de ses membranes, la considérant comme une perturbation intellectuelle comparable au délire alcoolique. Moins affirmatif, et tout en décrivant une nouvelle forme où il ne se rencontre jamais de lésion, Thulié (2) pensait que dans certaines formes il se pût qu'on rencontrât des altérations morbides. Sans vouloir contester les faits de ces auteurs, nous sommes assez porté à croire que les formes dont ils ont parlé sont assez rares, et les recherches microscopiques entreprises par différents observateurs tendent de plus en plus à démontrer la fréquence des lésions anatomiques dans le cas qui nous occupe.

Chez tous les malades que nous avons pu suivre jusqu'à l'amphithéâtre, il en est une, signalée par différents auteurs, que nous avons presque toujours rencontrée et sur laquelle nous ne saurions trop insister. C'est une injection plus ou moins vive des méninges, laquelle ne va jamais jusqu'à l'inflammation suppurative, mais qui se traduit par des lésions maxima affec-

(1) Loc. cit.
(2) Loc. cit.

tant de préférence le pourtour de la scissure sylvienne. Quelques points plus injectés peuvent également se trouver, tant sur les lobes frontaux que sur les lobes sphénoïdaux ou les lobes postérieurs sans que jamais, pendant la vie, nous ayons pu découvrir une relation de cause à effet entre ces lésions maxima et des troubles plus accusés soit de l'intelligence, soit de la motilité, soit de la sensibilité générale ou spéciale. Si nous insistons sur ce point, c'est pour combattre la théorie qui attribue à une irritation physique des méninges crâniennes, l'excitation incessante qu'on trouve dans le délire aigu. Comme nous le disions précédemment, l'étude des localisations cérébrales, malgré le vague qui l'entoure encore, est aujourd'hui assez avancée pour qu'on puisse affirmer qu'à certaines régions dont l'étendue est plus ou moins bien limitée, la circonvolution pariétale ascendante, par exemple, pour n'en citer qu'une, correspond une fonction spéciale. Or, dans l'observation de R... (obs. I), on peut remarquer que, malgré l'inflammation vive de la méninge en ce point d'un côté, le malade pendant sa vie n'avait présenté aucun trouble, aucune manifestation dans le membre opposé, ce qui n'eût pas manqué de se produire si nous avions eu affaire à une véritable irritation. On a signalé quelquefois, à la période ultime du délire aigu, l'apparition d'attaques épileptiformes, mais outre que ces faits sont très rares et se présentaient peut-être chez des paralytiques généraux, on peut les expliquer en admettant que la congestion a été assez intense pour produire de petites hémorrhagies. Le sang extravasé agissant alors

comme corps étranger pouvait très bien traduire sa présence par des troubles de la motilité.

On voit souvent survenir une hémiplégie dans le cours d'une paralysie générale, et coïncidant avec une lésion maxima de l'insula ou de la pariétale ascendante; jamais faits de ce genre ne s'observent dans le délire aigu, où il existe cependant aussi des lésions prédominantes en différents points. Ces faits ne sont donc pas comparables ; ce sont deux processus pathologiques différents : l'un à évolution lente et inflammatoire; l'autre de courte durée, sans inflammation, mais avec une hyperhémie plus ou moins active qui n'a aucune rctian irritative.

Des lésions méningitiques analogues se rencontrent dans le delirium tremens fébrile qui ne s'accompagne pas non plus d'attaques à moins qu'on ait affaire à des buveurs d'absinthe ou à des alcooliques chroniques avec accidents aigus. Cependant on comprend, comme le fait observer très judicieusement M. Magnan (1), que quand les sujets atteints de cette affection viennent à guérir de leurs accès, les méninges congestionnées puissent rester comme une sorte d'épine qui, en l'absence même de nouveaux excès, soit susceptible de provoquer plus tard des lésions chroniques, graves, lesquelles, à leur tour, deviendront le point de départ d'attaques épileptiformes.

La méningite tuberculeuse n'est pas un argument qu'on puisse nous opposer, car il y a là un corps étranger agissant mécaniquement; sa présence peut expliquer

(1) Magnan. Recherches sur les centres nerveux. Paris, 1876.

le délire, comme elle explique les troubles de la motilité qui l'accompagnent le plus ordinairement.

La même objection doit être faite pour la méningite simple où l'on se trouve en présence d'un état inflammatoire différent de la congestion, puisqu'il se termine par une prolifération purulente, quelquefois même par des adhérences. Cette terminaison n'est pas celle du délire aigu ; nous ne l'avons jamais observée chez aucun de nos malades.

Cette lésion des méninges ne nous semble donc pas devoir être considérée comme la cause du délire; nous l'admettrions plus volontiers au contraire comme symptomatique d'un état général à faire remonter peut-être à une modification des liquides sanguins.

A côté de ces lésions il en est une autre non moins commune, signalée également par différents auteurs, en particulier par Calmeil (1), et qui se manifeste par un changement de coloration de la substance grise. On voit en effet cette substance, à la coupe, prendre par places une teinte spéciale dite hortensia. Ce changement de coloration ne peut évidemment être relié qu'à une modification circulatoire.

A l'état frais, après fixation des éléments au moyen de l'acide osmique, et en procédant par dissociation, les vaisseaux capillaires apparaissent remplis de globules sanguins, et lorsqu'on tombe sur un de ces vaisseaux d'un diamètre égal à celui des globules (environ 6 millièmes de millimètre), on voit ceux-ci empilés obstruer complètement le vaisseau sans laisser

(1) Loc. cit.

entre eux de place pour le liquide. Ici, comme dans les méninges, nous n'avons point observé de prolifération des globules blancs. Cette hypérémie est suffisamment connue pour que nous n'ayons pas à y insister, mais elle offre dans son siège une disposition qui n'a point encore été décrite par les observateurs. Il ne faudrait pas se la représenter comme occupant toute l'épaisseur de la substance grise. En y regardant de près, ou mieux encore en s'armant d'une loupe, on voit que parfois elle siège sur les couches profondes (quatrième et cinquième couches), mais que toujours elle débute par la partie moyenne; cependant sur quelques points elle occupe l'écorce dans toute son épaisseur. De la couche moyenne elle gagne d'abord la couche profonde, et s'étend en certains points jusqu'à la couche externe; ce qui prouve que l'envahissement se produit dans cet ordre, c'est qu'il est exceptionnel de voir les couches moyennes et superficielles injectées sans que la couche profonde le soit aussi, tandis que les deux couches moyenne et profonde sont souvent atteintes seules.

Ce n'est pas sans motif qu'il existe ainsi un lieu d'élection de cette lésion; nous en trouvons la raison anatomique dans les recherches de M. Magnan (1) sur les centres nerveux. Ce maître éclairé, dans une étude sur la dégénérescence colloïde du cerveau, recherchant la raison d'un processus comparable comme siège à celui qui nous occupe, s'exprime ainsi : « Il est remarquable que la région moyenne de la couche corticale, la pre-

1) Magnan. Recherches sur les centres nerveux, p. 7 et suivantes.

mière envahie par la lésion, se trouve précisément la partie la plus riche en vaisseaux et en cellules nerveuses.

« Lorsqu'en effet on suit les vaisseaux qui, de la pie-mère, pénètrent dans la substance cérébrale, on les voit fournir de très rares branches dans la première partie de leur trajet; mais bientôt, en atteignant la couche moyenne, ils donnent naissance à de nombreux rameaux qui se subdivisent en formant un réseau vasculaire assez serré, au milieu duquel viennent se distribuer encore quelques branches émanant des parties centrales. Plus profondément, dans la couche interne ou rouge jaunâtre, la richesse vasculaire est moins grande et les cellules nerveuses sont également moins abondantes; cette portion interne de la couche corticale ne paraît s'altérer qu'après la partie moyenne, et enfin la couche superficielle, la moins riche en vaisseaux et en cellules, ne participe à la dégénération qu'après les deux autres. C'est ce qui résulte de l'examen de la lésion... Dans quelques circonstances, la dégénérescence colloïde peut frapper, d'une manière irrégulière, différentes parties de la couche corticale.

« En résumé, l'altération paraît s'installer d'abord dans la partie moyenne de la couche corticale, puis, si elle continue à s'étendre, elle gagne la région profonde, et enfin elle atteint la partie superficielle, en dernier lieu, lorsque continuant son action, elle envahit la couche corticale dans toute son épaisseur. »

Ces mêmes motifs sont à invoquer dans l'affection qui nous occupe pour expliquer le début de l'hypérémie par la couche moyenne; de la sorte on comprendra facile-

ment pourquoi en quelques points on la trouve limitée à cette couche tandis que sur d'autres elle a gagné la région profonde, et par places enfin envahi toute l'épaisseur de l'écorce. De cette disposition anatomo-pathologique; il ressort nettement qu'on ne saurait imputer à l'irritation méningitique l'injection de la substance grise, autrement la couche superficielle serait d'abord atteinte seule, ce que nous n'avons encore constaté dans aucun cas.

Pour se rendre compte de la coloration signalée, il ne suffit pas d'enlever les méninges, il faut faire une coupe perpendiculaire aux circonvolutions et les examiner. Judée a constaté que cette rougeur, aux points où elle occupait toute une circonvolution, était formée de couches superposées. Ainsi il y avait une couche de substance grise présentant cette coloration spéciale, puis, au-dessous, une autre s'offrant avec tous les caractères de la substance blanche, ensuite une nouvelle couche rosée, et ainsi de suite jusqu'au moment où la substance grise vient se perdre avec la substance blanche du cerveau, ce qui rappelle la disposition anatomique indiquée par Baillarger. Mais dans les points où l'injection débute, on n'observe pas cette stratification, à moins qu'elle n'ait gagné déjà une certaine épaisseur. Ce fait, généralement admis, n'infirme donc en rien notre proposition, qui fait débuter l'hypérémie par les couches moyennes. La même injection, qu'on a reproduite artificiellement chez les animaux, est caractérisée pendant la vie par de la turgescence et sur le cadavre par d'autres phénomènes, à savoir : l'augmentation de poids, de volume et de densité. (Regnard.)

Peut-être pourrait-on aussi rencontrer dans les cellules des modifications analogues à celles indiquées par Lockar Clark dans le tétanos (1), et qu'on regarde, — si tant est qu'elles existent, — comme un phénomène de fatigue et d'usure. Sans nous étendre plus longuement sur ce point encore à élucider, nous allons passer à l'examen de la substance blanche. Elle aussi peut en certains cas être modifiée dans sa coloration, quelquefois même, comme chez R... (obs. I), être la seule affectée. La teinte alors n'est pas tout à fait la même que dans l'écorce; elle présente des reflets violacés qui tiennent probablement au fond blanc sur lequel ils ressortent. De même que pour la substance corticale, toutes les parties ne sont pas altérées avec la même intensité, ce qui explique l'apparence de véritables marbrures sous laquelle ces lésions se présentent. Quant à l'assignation d'une cause quelconque à ces différences d'intensité, on en est réduit aux hypothèses, et, dans l'état d'incertitude où se trouve encore l'anatomie normale du cerveau, il serait au moins aventuré de prétendre à une explication satisfaisante; mais, par analogie, nous admettons volontiers pour ces inégalités d'altération des raisons anatomiques.

Les noyaux de substance grise centrale n'échappent pas à l'injection du reste de l'organe; s'ils peuvent paraître intacts en certains cas, ce n'est jamais lorsque la substance corticale est atteinte; et sans que nous sachions en quel point précis de leur étendue débute l'hypé-

(1) Pour cet auteur le tétanos se traduirait par une métamorphose régressive des cellules avec productions granuleuses, globules graisseux, noyaux libres et plissés.

rémie, nous sommes pourtant en mesure d'affirmer qu'ils s'injectent en même temps que la substance corticale.

La moelle et ses enveloppes, comme il était facile de le prévoir, suivent le plus souvent un processus pathologique à peu près identique, s'il n'est exactement le même; pourtant il est probable que les accidents qui débutent par le cerveau ne gagnent la moelle que dans la période ultime de la maladie. C'est là du moins une explication rationnelle des troubles de la motilité qu'on observe dans les derniers jours de la vie et qu'on dénomme secousses médullaires. La gravité que comporte ce symptôme n'aurait à ce compte rien qui doive étonner.

On a également signalé, dans le délire aigu, un état œdémateux des circonvolutions accompagné d'une production plus abondante de liquide céphalo-rachidien. Pour Schüle (1), qui distingue deux formes à cette maladie, l'œdème se rencontrerait dans chacune d'elles, mais la congestion appartiendrait au type maniaque et serait remplacée par de l'anémie dans la forme mélancolique; quelquefois même, dans cette dernière, l'examen ne fournirait qu'un résultat négatif. Ne faudrait-il pas rapporter à cette forme les cas de délire aigu sans lésion décrits par Thulié (2)?

Pour notre part, nous n'avons jamais rencontré, à l'autopsie de nos malades, de signes caractéristiques pouvant nous expliquer deux formes dans le délire aigu; les résultats nécroscopiques ont toujours été identiques, que les sujets aient été plus ou moins déprimés.

(1) Schüle. Loc. cit.
(2) Thulié. Loc. cit.

Pauly donne de la coloration rouge du cerveau une explication qu'il suffit de reproduire pour en faire ressortir le peu de valeur : il l'attribue à la transsudation des matières colorantes du sang à travers les parois des capillaires, et convient d'ailleurs qu'il n'a jamais rien rencontré de constant dans l'anatomie pathologique du délire aigu.

Hertz (1) cherche à prouver par un certain nombre d'observations que le délire aigu est en rapport avec un rétrécissement du canal jugulaire de l'os occipital, ce qui occasionne naturellement une congestion cérébrale veineuse intense. Ce rétrécissement peut avoir pour siège un seul côté ou les deux. Quelquefois les accidents cérébraux sont conjurés par l'établissement d'une circulation veineuse collatérale dans la veine méningée moyenne, la veine du foramen cæcum et celles des canalicules mastoïdiens. L'affection n'est pas nécessairement incurable; il y a même des cas de guérison.

On se demande où est, dans ces derniers cas la preuve de la justesse du diagnostic.

Quant aux troubles circulatoires et à la transsudation de liquides constatés et admis par la plupart des auteurs, ils ne sauraient être sûrement pathognomoniques du délire aigu, attendu qu'ils se rencontrent dans bien d'autres états cérébraux.

Gottfried Jehn (2) vient d'entreprendre récemment sur ce sujet des recherches microscopiques spéciales. En dehors des lésions ordinaires, il a trouvé le long des vaisseaux des granulations pigmentaires et quelques

(1) Hertz. Ann. méd. psych., p. 276, t. VI. Année 1871.
(2) Gottfried Jehn. Loc. cit.

noyaux ronds, granuleux, un peu plus petits que les corpuscules sanguins. Il signale dans la névroglie une augmentation de noyaux. Les cellules ganglionnaires lui ont paru avoir perdu de leur forme arrondie, certaines d'entre elles subissaient la dégénérescence granuleuse, et des vides marquaient la place d'autres cellules complètement disparues. Cet observateur a constaté aussi la présence d'un grand nombre de gouttelettes graisseuses disséminées dans tout le champ du microscope. Dans un des cas qu'il rapporte, les cordons postérieurs de la moelle présentaient une altération marquée, l'examen des tubes nerveux dans le sens longitudinal les montrait inégalement épaissis et ne laissant point échapper la myéline, comme le font généralement les tubes sains. Entre ces éléments, il a remarqué nombre de cellules remplies de granulations. Le reste de la moelle n'a révélé aucune altération.

Pour résumer l'opinion des auteurs allemands les plus récents, il nous suffira de dire qu'ils ne reconnaissent au délire aigu aucune altération caractéristique; s'associant à l'opinion de Schule, ils ne voient pas dans cette maladie une affection ayant un caractère qui lui soit propre.

Les modifications pathologiques qu'on rencontre dans le délire aigu peuvent sans doute se retrouver dans plusieurs états très différents, mais nous ne pensons pas que, dans certains cas, ce soit une raison pour lui refuser le caractère d'une entité morbide.

Les modes de réaction d'un organe ne sont pas, en effet, subordonnés à la multiplicité des influences maladives, et la pathologie générale nous enseigne qu'en

somme tous les états morbides peuvent se ramener à un assez petit nombre de symptômes, qui diffèrent plutôt dans leur mode d'association que dans la façon dont chacun d'eux se présente à nous : le froid et le chaud, par exemple, produisent une brûlure. La même raison explique que les affections les plus différentes puissent avoir un ou plusieurs symptômes communs. Si donc la congestion active ou passive du cerveau et de ses enveloppes peut s'observer dans des maladies autres que le délire aigu, ce n'est pas une raison suffisante pour nier que ces lésions soient dépendantes de cette affection. Toute idée de comparaison écartée, lorsqu'on songe que le nerf optique ou le nerf auditif, excités par un procédé quelconque, ne peuvent produire qu'une sensation de lumière ou un son, pourquoi n'admettrait-on pas, par analogie pour le cerveau, un cercle restreint de modifications initiales se réduisant à l'anémie ou à l'hypérémie, quel que soit d'ailleurs le processus pathologique ?

C'est ici que la clinique doit intervenir, c'est à elle de démêler les différences à travers les analogies et d'en tirer les éléments du diagnostic, à elle enfin de dire dans quels cas le délire aigu doit être considéré comme entité morbide.

L'examen attentif des autres organes a révélé presque dans toutes nos autopsies, en un point assez limité de la tunique interne de l'aorte, une altération particulière qui n'a pas encore été signalée dans le délire aigu. Le plus ordinairement, au niveau de sa grande courbure, cette artère présente une coloration spéciale d'une

étendue variable, de teinte et d'aspect à peu près identiques dans tous les cas. Pour se faire une idée assez exacte de cette particularité, qu'on se représente la traînée produite par un pinceau de 2 ou 3 centimètres d'épaisseur, chargé d'encre rouge, et qui aurait été promené de bas en haut pendant 5 ou 6 centimètres à partir des valvules sygmoïdes.

L'aorte présente, en ce point, une coloration très accusée dont la teinte se fond insensiblement dans celle du reste du vaisseau ; cette coloration ne s'accompagne d'aucune élevure, d'aucun épaississement, et à la coupe il est facile de voir qu'elle se limite rigoureusement à la tunique interne. Chez les sujets âgés, cette lésion se montre indépendante des plaques athéromateuses qui peuvent l'accompagner, quelquefois même elle les enveloppe par places ; elle existe du reste chez tous les individus, aussi bien chez les vieillards ayant fait des excès de boisson que chez les sujets jeunes et sobres.

Dans un cas même, qu'il nous paraît intéressant de rapporter, la lésion était beaucoup plus accusée, et ce n'était plus une simple injection, mais une véritable néo-membrane qui tapissait la paroi interne de l'aorte.

Observation II.

L..., femme P...., blanchisseuse, 45 ans, venant de l'hôpital de la Pitié, présente à son arrivée dans le service un léger affaiblissement des facultés mentales, des idées vagues de persécution, de l'excitation, des frayeurs, des hallucinations qui, malgré les dénégations, firent d'abord croire que la malade s'était livrée à des excès alcooliques. Comme d'un autre côté sa parole n'était pas très nette, qu'elle avait la pupille gauche plus large, on pouvait croire à une paralysie générale au début, car on

sait qu'à cette période les malades font asssz souvent des excès de tout genre. Mais l'examen à l'ophthalmoscope devait écarter ce diagnostic ; il fit découvrir dans l'œil gauche des lésions suffisantes à elles seules pour expliquer cette dilatation pupillaire.

Le fond de l'œil de ce côté présentait des taches noires pigmentaires sur plusieurs points, et en dedans de la papille une petite tache rouge au niveau de la macula ressortant au milieu d'un amas de taches pigmentaires ; la vision était affaiblie depuis quatre ou cinq ans. L'œil droit était normal. Au cœur, souffle rude au second temps à la base.

Quelques jours après son entrée, les idées mélancoliques de la malade augmentent, elle perd tout sommeil, s'excite et fait plusieurs tentatives de suicide, parce qu'elle entend dire qu'on va la mettre dans une mécanique pour la faire mourir. Ses hallucinations prennent un caractère de plus en plus terrifiant et ne lui laissent aucun répit ; elle voit et entend constamment des femmes qui la menacent, croit que son mari est mort. Un peu plus tard elle refuse les aliments, son incohérence devient absolue et elle présente bientôt tous les symptômes du délire aigu ; elle meurt enfin dans la période de collapsus termiual que nous décrirons plus loin.

A l'autopsie, on constate une putréfaction déjà très avancée ; le temps orageux et la chaleur de juillet l'expliquent suffisamment. Le cerveau est trop altéré pour pouvoir être examiné avec fruit. L'œil gauche présente une tache rouge foncé allongée transversalement au centre de la macula, et sur plusieurs points de la rétine de petit amas pigmentaires. Les vaisseaux recouverts d'une légère exsudation au delà de la papille, se dessinent d'une façon plus nette sur d'autres points et présentent par places des irrégularités et des bosselures ; toutefois on n'aperçoit dans leur intérieur que des globules du sang. A l'œil droit rien de particulier.

Congestion pulmonaire des deux côtés à la base et un peu en arrière.

Cœur.— L'orifice mitral et l'orifice aortique présentent quelques concrétions calcaires aux bords libres des valvules, les sygmoïdes sont un peu rigides ; le cœur droit est hypertrophié excentriquement.

Le cœur gauche est mou, flasque et volumineux.

L'aorte est recouverte à sa face interne dans l'étendue de 4 à 5 centimètres à partir de son origine d'une néo-membrane d'aspect extérieur semblable à celle que l'on voit se produire sous l'influence d'un vésicatoire ou d'une brulûre et qui tendrait à se cicatriser ; elle est rouge,

tomenteuse, inégale, mamelonnée et adhérente par places aux parties profondes. La tunique interne de l'aorte est elle-même ulcérée à ce niveau. Examinée au microscope, cette membrane présente des faisceaux de tissu conjonctif avec des noyaux allongés et de jeunes vaisseaux.

Cette lésion doit-elle être considérée comme propre, dans ce cas, au délire aigu dont est morte notre malade, ou bien faut-il croire à une simple coïncidence? Sans vouloir être trop affirmatif, nous estimons que la simple injection de la face intérieure n'est que la première étape de ce processus pathologique. Si on ne l'observe pas plus souvent à son complet développement, c'est peut-être parce que les malades meurent trop tôt pour permettre son évolution complète. La femme qui fait le sujet de cette observation est morte après vingt-deux jours de maladie. Quand le délire aigu ne se termine pas par la guérison, il est exceptionnel de le voir se prolonger aussi longtemps. Quoi qu'il en soit, nous attendrons que d'autres observateurs aient publié de nouveaux faits de ce genre pour établir avec certitude la valeur séméiologique de cette production dans le cas qui nous occupe.

Magnan a déjà attiré l'attention sur ce point en signalant cette altération de l'aorte chez quelques paralytiques généraux et déments séniles qui mouraient d'une affection inflammatoire du poumon.

Chez deux autres sujets dont la maladie avait duré un certain temps, nous avons observé une dégénérescence graisseuse des muscles abdominaux, du diaphragme et des intercostaux. Aux fibres normales de couleur rouge ordinaire se trouvaient mélangées d'au-

tres fibres de coloration jaune pâle, d'aspect semblable aux altérations signalées par Zenker, et étudiées ensuite par plusieurs observateurs, notamment par Hayem, Hoffmann dans la fièvre typhoïde et d'autres affections somatiques, la variole, la pneumonie, la fièvre puerpérale, l'atrophie musculaire progressive, et certaines affections musculaires spasmodiques, particulièrement le tétanos.

On ne peut guère tenir compte de l'examen microscopique de l'urine, à cause des chances qu'elle offre d'entraîner à son passage des matières étrangères. Cependant, dans un cas où nous avions puisé de l'urine dans la vessie, avec la sonde, nous avons trouvé des bacteries en quantité considérable.

Les recherches que nous avons entreprises sur ses modifications chimiques, ne reposent par sur un assez grand nombre de cas, pour donner des resultats bien concluants; de plus l'impossibilité presqu'absolue où l'on se trouve de recueillir toute l'urine secrétée dans les 24 heures, rend cette analyse forcément incomplète. Il est cependant intéressant de noter qu'à la période d'excitation l'urée est augmentée dans d'assez notables proportions et qu'elle tend, au contraire, à diminuer dans la période de collapsus (1).

Les altérations qui siègent en dehors du cerveau ou de ses enveloppes prouvent surabondamment que le délire aigu, en admettant qu'il commence par un

(1) C'est peut-être à des accidents urémiques qu'il faudrait faire remonter les causes des convulsions que certains auteurs ont notés dans les derniers jours de la vie. La secrétion urinaire qui paraît diminuer à ce moment rend cette hypothèse acceptable.

simple trouble du cerveau, ne tarde pas à se transformer en une maladie générale à caractère infectieux. Il faut donc remonter encore plus haut pour trouver l'explication des symptômes qu'on observe.

L'hérédité vésaniqne joue un grand rôle dans la production de cette maladie; comme il est probable qu'elle se caractérise par une modification dans les propriétés des cellules cérébrales, on admettra volontiers que le cerveau qui tient tout l'organisme sous sa domination puisse, par le fait seul qu'il sera modifié dans son fonctionnement, altérer profondément notre être. Le sang n'échappera pas à cette action désorganisatrice (1).

L'examen microscopique du sang n'accuse encore rien de particulier, en dehors de la diminution du nombre des globules, qu'on retrouve d'ailleurs dans tous les états graves. Notre conviction intime pourtant incline à placer dans des modifications du liquide sanguin, la cause de gravité de cette terrible affection : ce n'est là qu'un pressentiment; il a suffi cependant à nous suggérer l'idée de recherches dans ce sens. Nous n'avons encore obtenu aucun résultat concluant, mais nous ne considérons pas nos tentatives comme entièrement perdues : nous y avons trouvé un encouragement à les con-

(1) Ce fait que le délire aigu se rencontre le plus souvent chez les prédisposés, ne peut pas être invoqué, pour enlever à cette grave affection les caractères d'une entite morbide, ni pour nier qu'on ait affaire à un état septicémique.

Les héridítaires sont comme on sait, à cause de leurs prédispositions, souvent poussés à toutes les extravagances, tous les excès, menant un genre de vie des plus bizarres et se soumettant ainsi à des conditions hygiéniques très défectueuses. Ils sont par cela même plus aptes à contracter des affections graves.

tinuer. Ce terrain est loin d'être ingrat, et nous nous proposons de publier nos observations dans un travail ultérieur résumant ce qui aura été fait en hématologie pathologique (1).

(1) Depuis le premier tirage de ce travail nous avons observé deux nouveaux cas de délire aigu, dont l'un a eu une terminaison funeste. Nous avons examiné au microscope une gouttelette de sang recueillie par une simple piqure immédiatement après la mort; elle contenait des bacteries : Nous n'en avons pas trouvé chez l'autre malade.

CHAPITRE V.

ÉTIOLOGIE, MARCHE, DURÉE, TERMINAISON.

S'il n'est pas toujours possible de reconstituer les antécédents héréditaires des malades atteints de délire aigu, il arrive souvent que leur genre de vie, avant l'invasion de cette terrible maladie, les y prédispose par les excès de tous genres auxquels plusieurs d'entre eux se livrent, en admettant même que les actes désordonnés qu'ils ont commis ne soient déjà une preuve de cette hérédité. A l'appui de cette opinion, il nous suffira de citer deux observations prises dans la catégorie de malades auxquels nous faisons allusion. La première est celle d'un compositeur de musique, célèbre par le succès de popularité qu'a obtenu une de ses œuvres. La nommer serait désigner trop clairement l'auteur. Qu'il nous suffise de dire qu'on ne pouvait, il y a quelques années, faire un pas à Paris sans entendre fredonner sa chanson. La seconde est celle d'une femme du monde qui a toujours caché avec soin ses origines, mais qu'une éducation soignée trahissait suffisamment. L'un et l'autre sont morts de délire aigu après une existence bizarre pendant laquelle ils avaient obtenu quelques-uns de ces succès faciles que le gros public accorde si volontiers à ceux qui sous prétexte d'art, se croient autorisés à faire des excentricités.

Observation III

X... a toujours eu une existence des plus aventureuses : il appartient à ce monde d'artistes qui érigent l'excentricité à la hauteur d'un principe : on dit de lui que c'est un original. Ses allures ont toujours eu un caractère fantasque, et en vertu de cette loi qui veut que tous les aliénés se recherchent, il vit dans un milieu composé absolument de gens équilibrés comme lui au point de vue mental. C'est dire qu'il trouve là un aliment continuel à l'activité qui le dévore. Il manque absolument de suite dans les idées et a essayé de tous les arts avant de faire de la poésie et de la musique. La tournure particulière de son esprit, le coloris de son langage imagé, lui ont procuré quelques succès littéraires et facilité cette existence de plaisir qu'il mène depuis l'âge de dix-huit ans. Il en a vingt-six quand il entre dans le service.

Sa concierge est la seule amie qui lui reste dans le malheur; ses compagnons de plaisir, ingrats comme le seraient de vrais aliénés, ne viennent même pas prendre de ses nouvelles. C'est cette femme qui nous donne des renseignements sur ses antécédents et nous raconte que, depuis quelques semaines, il ne dormait que fort peu, passant ses nuits tantôt à travailler, tantôt à s'amuser. Depuis huit jours il se montre encore plus excité que d'ordinaire, ne mange presque pas, il est préoccupé et finalement, pris presque subitement d'un accès violent de désespoir, il cherche à se précipiter par la fenêtre. C'est à cette occasion qu'on l'amène à Sainte-Anne dans le service de M. Magnan.

Le soir de son arrivée, son délire est à son summum d'intensité. Le malade est maigre, sa peau chaude, sèche; son visage a une teinte terreuse sur laquelle ressort l'injection rouge de ses pommettes, les yeux sont excavés, brillants, les traits étirés, la langue sèche et noire; la voix est cassée. Le pouls est plein, 120 pulsations à la minute. T. R. 40°,8.

Il est impossible de fixer son attention. Il vocifère, se montre effrayé de tout ce qui l'entoure, et cherche à fuir; il ne parle pas d'animaux dans son délire.

Toute la nuit se passe sans sommeil. Le lendemain matin la température est à 40°,2. Dans la journée, il est pris de collapsus, et le soir, à la contre-visite, il reste étendu sur son lit avec de la carphologie, et prononçant à voix basse des paroles incohérentes au milieu desquelles on retrouve le nom de sa mère. La faiblesse est telle qu'il ne peut rester

assis sur son lit. Pouls perceptible seulement à la fémorale, 140. — T. R. 42.4.

La mort survient quelques heures après.

A l'autopsie, on trouve que les poumons sont très légèrement congestionnés surtout à la partie postérieure ; mais sans présenter aucune inflammation. Rien de particulier à noter dans le tube digestif. Le cerveau est énorme, il pèse à lui seul 1,450 gr., et avec le cervelet, la protubérance et le bulbe 1,630 grammes ; les méninges sont injectées par places sans extravasations sanguines et nullement adhérentes. Le cœur est un peu surchargé de graisse et de couleur lie de vin ; l'aorte légèrement athéromateuse est injectée dans sa face interne sur une largeur de 3 centimètres depuis les valvules sygmoïdes jusqu'à la crosse. Pas trace d'endartérite dans les autres artères ; le foie est jaunâtre, un peu gras, et le rein, décoloré à la substance corcicale, est hypérémié au niveau des pyramides de Malpighi.

Observation IV

Séraphine R..., 30 ans, autrefois sans profession, et appartenant à une honorable famille, quitte son mari pour satisfaire plus facilement ses appétits et se lancer dans le monde qui s'amuse, sous le prétexte d'art lyrique ; elle mène depuis plusieurs jours une existence des plus bizarres. Après maintes aventures, se trouvant sans ressources à sa sortie de l'hôpital où elle était entrée pour une fracture de cuisse, c'est aux militaires de Vincennes qu'elle demande sa nourriture trouvant cela très original pour une femme du monde ; elle erre dans les bois, se livre au premier venu pour une gamelle de soupe, et passe une partie de son temps, nue ou à peu près, perchée sur une branche d'arbre, à distribuer des miettes de pain aux oiseaux. C'est pourquoi que les hôtes habituels du bois de Vincennes, l'ont snrnommée la « Fée aux oiseaux. »

Le 17 mai 1879, un promeneur du bois, surpris par l'apparition fantastique de cette femme à travers les branches, prévient les gardes, et Seraphine est arrêtée. Chemin faisant, elle gesticule, vocifère, prend des attitudes théâtrales et étonne par l'étrangeté de ses propos ceux qui l'ont arrêtée. Elle arrive le lendemain dans le service de M. Magnan, sans renseignements sur ses antécédents héréditaires. Quand on lui demande son nom : Je suis, la Fée aux oiseaux, répond-elle.

Ce qui domine par dessus tout chez elle, c'est un état maniaque parfaitement caractérisé ; elle crie, danse, frappe par ci par là, se

roule à terre, se montre effrayée des cloches et des aboiements de chiens qu'elle entend. Quelques jours après il n'y a plus d'animaux ni de cloches dans son délire, mais ses frayeurs persistent; elle cherche à mordre les malades qui l'approchent et se livre à l'onanisme.

11 juin. L'excitation est la même ; la malade mange mal, se montre constamment inquiète, son attitude est moins franchement maniaque ; elle s'isole dans les coins, devient anxieuse. Le moindre bruit l'effraye. Dès qu'elle est seule elle prend des poses lascives.

Le 14. Refus des aliments, « ils sont empoisonnés. » Elle regarde dans l'espace, appelant Albert, Victor, se roule à terre en sanglotant.

Traitement : Cathétérisme œsophagien, injection hypodermique de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine. Le soir l'excitation est la même, elle crache le lait qu'on lui introduit dans la bouche ; « il est empoisonné.» Pas de nausées. Lavement avec 4 grammes de chloral que la malade rend immédiatement. — Soir. Très violente excitation.

Le 15. A 8 heures du matin, injection de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine. A 10 heures, même état. Pas de nausées. Refuse le lait. La sonde est alors introduite par le nez et une certaine quantité de liquide (six jaunes d'œufs délayés dans trois verres de lait) est poussée dans l'estomac. Mais elle fait aussitôt des efforts volontaires, et vomit ce qu'elle vient de prendre. L'opération est recommencée en introduisant cette fois la sonde par la bouche. Séraphine prend ainsi une même quantité d'aliments qu'elle conserve.

A midi elle prend un verre de lait, mais aussitôt, très effrayée, se met à crier qu'on vient de l'empoisonner. Elle s'amaigrit, son regard est brillant, sa langue se sèche vers la pointe. Excitation impossible à décrire.

Le soir. Abattement, peau sèche, pommettes rouges, face pâle, pouls 120. T. R. 39,8. Il est impossible de fixer son attention.

Le 16. Matin. Pas de sommeil. Séraphine n'a fait que crier toute la nuit en frappant à coups redoublés à la porte de sa chambre. On a toutes les peines du monde à lui faire avaler un verre de lait avec deux jaunes d'œufs. Incohérence absolue, cris, chants.

1 centigr. de morphine en injection matin et soir.

A la contre-visite, accès de fureur. Elle se jette partout, est terrifiée Lavement avec 3 gr. de chloral pour la nuit.

Soir : pouls 120. T. R. 40.

Le 17. T. R. 38,6. Pouls 124. Le lavement a été conservé. Séraphine a dormi pendant la première partie de la nuit. Ce matin elle paraît un

peu améliorée, son excitation est moindre, mais sa voix est altérée et sa langue toujours sèche. Cathétérisme œsophagien. 1 centigr. chlorhydr. de morphine en injection. On ne peut fixer son attention même pendant un instant

Soir. T. R. 39,5. Même état. Propos incohérents, peau sèche, langue noire. Malgré cela, la malade se prête assez volontiers au cathétérisme œsophagien, et se trouve assez bien d'avoir eu la langue et les lèvres humectées avec un mélange d'eau et de citron.

Le 18. T. R. 38,4. Pouls 120. La langue est moins noire. Séraphine boit seule un peu de lait sans parler d'empoisonnement; il faut cependant recourir à la sonde pour compléter la nutrition.

8 heures soir. T. R. 39,3. Pouls 120. Elle a bu dans la journée près d'un litre de lait. La peau est moins sèche; langue noire, un peu moins d'excitation.

Le 19. Matin. T. R. 38,2. Pouls filiforme : 124. Un peu de sommeil dans la nuit. Ce matin, aphonie complète, frayeurs; la malade se roule à terre en gémissant.

Soir. T. R. 40. Pouls 132. Tous les symptômes se sont aggravés, la langue est fuligineuse, sèche et rouge à la pointe, noire à la base, l'haleine devient fétide; les yeux de plus en plus brillants sont excavés, l'amaigrissement est de plus en plus considérable, et la peau a pris une teinte terreuse.

Le 20. T. R. 39,6. Pouls impossible à compter. Les mouvements sont continuels. Séraphine déjette les membres de tous côtés, devient de plus en plus incohérente, sa voix est cassée, la respiration haletante, le nez s'étire, les yeux se remplissent d'une sécrétion muco-purulente, la langue, les lèvres et les dents sont noires et encroûtées; la malade répand une odeur infecte. Diarrhée.

Soir. T. R. 40,2. Les mouvements, de plus en plus désordonnés, ont quelque chose de spasmodique et de choréiforme. A 8 heures débute la période de collapsus. Séraphine s'affaiblit et peut à peine parler; cependant, en approchant l'oreille on distingue encore des propos orduriers et des injures. A 10 heures et demie du soir, elle reste étendue sur son matelas dans un état demi comateux, les yeux grands ouverts, ternes, la peau recouverte d'un enduit visqueux, les doigts animés de petits mouvements; la respiration est suspirieuse.

Le 21 au matin, T. R. 41,6. Même état. La malade a encore eu la force de se rouler deux fois en dehors du matelas étendu à terre sur lequel elle couche.

Morte quelques heures après la visite.

A l'autopsie, faite 24 heures après la mort, on trouve une injection assez marquée des méninges avec quelques suffusions sanguines au niveau de la troisième frontale droite à la partie moyenne du lobe pariétal et à l'extrémité antérieure du lobe sphénoïdal du même côté. Partout ailleurs les méninges sont tapissées par des arborisations très évidentes. L'hémisphère pèse 545 gr. Du côté gauche la pointe du lobe antérieur et le lobe pariétal inférieur ont également leurs méninges très injectées. Après ablation, ces dernières laissent voir un léger piqueté qui ne s'enlève pas au lavage. L'hémisphère gauche pèse 555 gr.; le cervelet la protubérance et le bulbe 155 gr. A la coupe, tout l'encéphale est injecté surtout dans sa substance blanche, sans présenter dans la couche corticale aucune altération.

L'épendyme est normal, sur tous les ventricules. Les parois du cœur offrent une teinte feuille morte; elles sont minces avec dégénérescence graisseuse, surtout dans le ventricule droit. Les valvules sygmoïdes sont fortement teintées en rouge, et l'aorte, à son origine, est un peu épaissie dans sa tunique interne. Cette dernière, pendant environ 5 ou 6 centimètres de longueur sur 3 de largeur, est tapissée par une arborisation de teinte lie de vin qui s'étend dans le ventricule gauche en 4 ou 5 places de peu d'étendue. Le foie est normal, les reins présentent une coloration jaune de leur couche corticale; l'utérus, qui est celui d'une femme n'ayant jamais eu d'enfant, ne montre aucune modification.

La lecture de ces deux observations donne fort à penser que les malades qui en sont l'objet ne sont pas indemnes d'antécédents héréditaires ; il est probable qu'ils sont fils ou petits-fils d'aliénés. S'il en est autrement et que leur genre de vie ne doive pas être attribué à une prédisposition spéciale, il est facile de comprendre qu'il a suffi à lui seul à préparer un terrain pour le délire aigu. Il est de plus important à noter que les deux sujets n'ont pas été pris brusquement du délire, et qu'ils ne sont arrivés que progressivement au summum de leur excitation. On peut l'affirmer, bien que l'un et l'au-

tre fussent déjà très délirants quand on les amena dans le service.

Il est à regretter, en général, que ces aliénés ne se présentent à l'examen médical qu'à une période assez avancée de la maladie; il est de la sorte assez souvent fort difficile de reconstituer, à l'aide des renseignements fournis par la famille, les faits tels qu'ils se sont passés. Cependant, en fouillant avec soin les antécédents du malade, surtout en s'éclairant des indications recueillies près de l'entourage, on trouve toujours qu'avant de délirer complètement, il a traversé une stade prépara toire qui ne fait jamais défaut. Pas plus qu'aucune autre forme mentale, à part la manie hystérique ou épileptique, ou toxique, le délire ne débute brusquement. Quelques semaines avant l'invasion de la maladie, le sujet, homme ou femme, commence à se plaindre de malaises ; il change de caractère d'une façon à peine appréciable pour ses proches qui attribuent ce changement, lorsqu'ils le remarquent, à un incident quelconque, tandis que la cause réelle réside dans l'état maladif même du sujet. Cette phase préalable se trahit par des lassitudes, des bâillements, le manque de goût au travail, une tendance prononcée à l'égoïsme, une indifférence de plus en plus complète pour les choses qui occupaient d'ordinaire le malade: une mère, par exemple, négligera ses enfants, un mari restera indiflérent aux attentions de sa femme, et tel événement qui, dans toute autre circonstance, eût produit une forte impression ne tirera même pas le sujet de son apathie.

Peu à peu ces symptômes s'accusent, les malades perdent l'appétit, le sommeil, se montrent aisément

irascibles ; ils deviennent remuants, tracassiers, ne peuvent plus tenir en place ; leurs forces sont diminuées, ils ont des lourdeurs dans les membres, se plaignent de douleurs dans la tête avec sensation de vacuité, manifestent des craintes au sujet de la folie, mangent peu, digèrent mal et sont en proie à une constipation opiniâtre. Quelques jours après, ce tableau va s'assombrissant; jusque-là rien n'avait pu faire soupçonner la gravité ni l'imminence du mal, mais dès lors la perplexité augmente, les malades commencent à se montrer préoccupés particulièrement de l'avenir, et l'état saburral de leur bouche donnant un mauvais goût à leurs aliments ils ne tardent pas à manifester des idées d'empoisonnement. Quelques jours encore, et leurs inquiétudes se transforment en frayeurs. Autour d'eux tout les étonne ; ceux qui les approchent prennent un aspect terrifiant; ils se voient, la nuit, entourés de cadavres, et croient souvent que les membles les plus chers de leur famille sont morts (voir obs. I). L'excitation n'est pas longue à se manifester, et c'est habituellement à cette période que les aliénés entrent à l'asile. Cette phase est la plus active de leur maladie. Le tableau devient de plus en plus saisissant et il ne saurait désormais subsister aucun doute sur la nature du délire : les malades sont en proie à l'agitation la plus violente et présentent une perpétuelle instabilité ; la tête, les membres sont continuellement en mouvement. Ils ne cessent de vociférer avec une volubilité intarissable et de la façon la plus incohérente ; ils ont perdu tout sommeil, leurs yeux deviennent brillants. Parfois aucun genre spécial de préoccupations ne semble prédominer chez

eux, mais le plus souvent certaines phrases reparaissent qui trahissent au plus haut point l'angoisse et la terreur. Sous le coup d'un pareil désordre mental, les malades deviennent étrangers à tout ce qui les entoure; on ne peut fixer leur attention ni obtenir d'eux une parole sensée. Ils sont absorbés par la multitude des idées délirantes qui se pressent dans leur cerveau, l'érétisme nerveux est à son comble, tout leur est insuppportable. Quand on pénètre dans la chambre d'isolement qu'ils occupent on les voit fuir à l'autre extrémité et chercher à sortir par tous les moyens possibles ; l'attitude défensive de leurs mains, qu'ils opposent quand on les approche, témoigne de leurs frayeurs.

A côté de ces troubles intellectuels, si effrayants par leur intensité, il ne tarde pas à se présenter d'autres symptômes qui augmentent encore le caractère de gravité de la maladie. Sous l'influence d'idées d'empoisonnement, les malades ne consentent à prendre aucune nourriture, ce qui a pour conséquence l'affaiblissement des forces et un rapide amaigrissement ; la température, qui s'est élevée progressivement, oscille entre 39° et 40°, dépassant même parfois ce dernier degré (voir observation I) ; le pouls atteint 150 pulsations, la peau devient brûlante, sèche, ou quelquefois se couvre d'une sueur visqueuse ; la face est pâle, de teinte terreuse, les pommettes sont rouges, la langue noire et desséchée; dévorés par une soif ardente, ces malheureux se jettent quelquefois avec avidité sur le verre qu'on leur présente, mais c'est pour recracher tout aussitôt le liquide ingéré : ce fait est à rapporter à l'influence d'une véritable hydrophobie due aux spasmes des muscles de la dégluti-

tion; d'autres fois ils repoussent la boisson sans même vouloir y goûter; les lèvres et les dents se recouvrent d'un enduit fuligineux, et la salive décomposée répand une puanteur pénétrante; ils ont un crachotement continuel; l'articulation des mots devient difficile, leur langue s'ulcère. Quelques jours encore, et cette exaltation diminuera, puis se dissipera pour faire place à une période d'affaissement et de collapsus. A ce moment peut naître un espoir trompeur, et un observateur inexpérimenté penserait volontiers à un rétablissement, alors qu'en réalité cet affaiblissement est un indice certain d'épuisement de toutes les ressources de l'innervation. Pendant cette transition, le retour d'un peu de lucidité peut venir augmenter l'illusion. Elle ne dure guère, car les traits s'altèrent de plus en plus, le pouls s'accélère encore, la respiration est irrégulière et haletante, dans les conjonctives s'amasse une sécrétion purulente, l'articulation est presque impossible; la langue s'ulcère, et la constipation du début se résout souvent en une diarrhée incoercible. C'est à cette période ultime qu'on observe les soubresauts des tendons, qu'on voit les membres animés de petites secousses médullaires tirant leur gravité des altérations profondes de la moelle dont elles sont le symptôme. Puis la mort survient.

L'intensité des phénomènes qu'on observe dans le délire aigu montre, à n'en pas douter, que cette maladie est la plus grave de celles qu'offre la pathologie mentale. Elle tire cette gravité moins des troubles intellectuels que présentent les sujets atteints que des troubles phsyiques par lesquels elle se manifeste. Dans la manie, en effet, il n'est pas rare de rencontrer aussi une exci-

tation très vive accompagnée d'une multiplicité d'idées incohérentes, sans que cependant cet état ait jamais été considéré comme fort grave. Mais dans ce cas le thermomètre ne donne jamais que peu ou point d'élévation de température, alors que dans l'affection qui nous occupe elle atteint près de 42 degrés. Cette élévation thermique suffirait à elle seule pour expliquer un pronostic presque forcément fatal.

La marche du délire aigu est toujours rapide ; rarement elle dure plus de huit ou dix jours dans la période d'état, et lorsque cette maladie a franchi les degrés préparatoires où son existence pouvait encore être douteuse, il est rare qu'elle se termine autrement que par la mort.

Mais quand le délire aigu n'est pas arrivé à son summum d'intensité, lorsqu'il n'a pas dépassé la durée de quatre ou cinq jours, les symptômes peuvent encore rétrograder, et le malade revenir à des conditions meilleures sans présenter de collapsus. Dans ce cas, les accidents diminuent d'intensité, l'agitation se calme peu à peu, le pouls se ralentit et reprend de la force et de la souplesse, la langue s'humecte, le sommeil reparaît, le sujet rentre dans les conditions ordinaires de la folie, et, après une convalescence toujours très longue, peut arriver à la guérison, tout en conservant pendant un temps de durée variable quelques hallucinations ou idées délirantes.

Nous avons même pu observer un certain nombre de guérisons à une période assez avancée de la maladie, comme le prouve l'observation suivante:

OBSERVATION V (1).

L... (Adèle), brunisseuse, 38 ans, est enfant naturel et n'a jamais :onnu son père; du côté maternel pas d'antécédents héréditaires fâcheux. ;obre. Dans le courant de mai 1880, elle se plaint de malaises, de douleurs d'estomac, perd l'appétit, le sommeil; son humeur devient mobile :t ses occupations habituelles lui sont insupportables. Elle ne se rend)lus à son ouvrage avec la même régularité, cherchant un prétexte)our changer d'atelier; il lui semble que sa patronne va la gronder au ujet de son travail. Peu à peu elle se montre effrayée, les gens qui l'entourent lui semblent avoir des figures d'agonisants, toutes les personnes jui l'approchent sont changées; « tout ça n'est pas naturel, il se passe juelque chose d'extraordinaire. » L'excitation, les frayeurs augmentent, leviennent violentes, et le 6 juin la malade entre dans le service de I. Magnan.

Pas de lésion organique appréciable. Urine normale.

A son arrivée : T. R. 39°. « On fait passer son mari pour ce qu'il i'est pas. » Hallucinations légères, aspect inquiet; s'excite, demande à)artir, déchire ses vêtements et refuse de manger. Langue blanche. 'urgation saline. Pouls 104, T. R. 38,2.

Le 7 juin. Excitation dans la première partie de la nuit, l'aspect est le plus en plus inquiet. Soir, T. R. 39,4.

Le 8. T. R. 39,2. Pouls 108. L'examen attentif des différents organes e révèle aucune lésion susceptible d'expliquer l'élévation de la temérature. La peau est très chaude. La langue est rouge à la pointe et ılanche à la base. Loquacité, excitation, frayeurs; « je n'ai jamais rien ıris, on m'empoisonne. » On a toutes les peines du monde à lui faire ırendre quelques jaunes d'œufs étendus de lait.

Un verre de limonade purgative. Bromure de potassium 4 gr. Soir, '. R. 40°.

Le 9. T. R. 39,6. Pouls 120. Aspect tout à fait maniaque, loquacité, hants, propos incohérents. Adèle répète les mots qu'on prononce, reherche les consonnances. La langue est rouge.

Toniques. 3 pilules sulf. de quin. 0,10. Soir, T. R. 40,2.

(1) Voir la planche à la fin de l'ouvrage.

Le 10, T. R. 39,8. Pouls 124. La nuit a été mauvaise, la malade se défend de ne pas aimer son mari, même excitation. Ventre ballonné non douloureux. Langue blanche. Brom. de pot. 4 gr., quin. 0, 30 cent Vin de Bordeaux, un verre de limonade purgative. Soir, T. R. 40°.

Le 11. T. R. 39,6. Pouls 116. La langue devient sèche; elle est rouge à la pointe et brune à la base, les yeux sont excavés, brillants, les pommettes roses, la face terreuse et le regard vague. Quand on s'approche du lit, la malade cherche à se dissimuler et à fuir. Gestes bizarres, cris, chants, etc. Brom. pot. 4 gr., sulf. quin. 0,30. Limonade vineuse. Vin, un verre limonade purgative. Soir, T. R. 40°.

Le 12. T. R. 39,4. Pouls 112. Adèle manifeste ce matin des craintes d'empoisonnement un peu moins vives que d'ordinaire. Elle prend volontiers une tasse de chocolat. La loquacité est la même, les mouvements sont désordonnés, les lèvres conservent leur sécheresse. Pas de sommeil. Sulf. quin. 0,30. Un verre de limonade purgative. Soir, T. R. 39,8.

Le 13. T. R. 39,2. Pouls 112. Un peu moins d'excitation et de loquacité; les mouvements des bras et des jambes continuent encore; toutefois la malade n'a pas quitté le lit de toute la nuit. La langue est toujours blanche et épaisse à la base, rouge à son extrémité.

Le bromure, le sulfate de quinine et les toniques sont continués. Soir, T. R. 40,4.

14 juin. T. R. 39,4; pouls, 112. Même état; pas de sommeil, les traits sont grippés, la face pâle, les pommettes rouges, expuition continuelle.

Même traitement. Soir, T. R. 39,4.

Le 15. T. R. 39,2. Pouls 120.

La malade a bu son lait assez volontiers; le visage est moins grippé et les traits moins altérés, bien qu'elle n'ait pas dormi de la nuit.

0,20 centig. sulf. de quin. et continuation du même traitement. Soir T. R. 39,6.

Le 16. T. R. 38,7. Pouls 92. Adèle qui a été excitée une partie de la nuit a dormi un peu ce matin; elle est sensiblement plus calme; sa physionomie est reposée.

Même traitement. Soir, T. R. 39,4.

Le 17. T. R. 39°. Pouls 116. Insomnie; la malade s'excite de nouveau, redevient loquace, ses mouvements sont désordonnés; elle bouleverse tout dans la chambre; cependant son attitude se rapproche da-

vantage de l'excitation maniaque simple. La langue est encore sèche à la pointe.

Même traitement et un verre de limonade purgative. Soir, T. R. 39,8.

Le 18. T. R. 40. Pouls 132°. La journée d'hier a été mauvaise. Adèle n'a pu avaler que quelques cuillerées de lait; des spasmes de la glotte lui font rejeter les aliments qu'on lui présente; la nuit également mauvaise: la malade prise de frayeurs continuelles n'a fait que pousser des cris, se sauvant dans tous les coins de la chambre. Pas le moindre sommeil. Ce matin, sa voix est rauque. Excitation, cris, frayeurs; la langue redevient sèche à la pointe et noire à la base. Adèle psalmodie des romances incohérentes sur des airs lugubres; elle offre de légers soubresauts dans les tendons de l'avant-bras, les mouvements des mains sont incoordonnés et s'accompagnent d'un petit tremblement.

La journée a été moins mauvaise. Soir, T. R. 39,6.

Le 19. T. R. 39,4. Un peu d'amélioration. La malade a pris du lait et a pu dormir quelques heures dans la nuit; les secousses médullaires ont disparu. Soir, T. R. 39°.

Le 20. T. R. 38,4. Pouls 92. L'amélioration semble vouloir se continuer. La malade se lève du lit pour aller s'étendre sur un paillasson. La langue est humide et rosée, les lèvres et les dents moins encroûtées; les mouvements sont encore désordonnés. Soir, T. R. 39°.

Le 21. T. R. 38°. Pouls 100. Plus excitée qu'hier; elle boit difficilement et crache les aliments; se promène dans la chambre en portant les mains sur tout ce qu'elle rencontre; elle ne parle pas et semble ne pas comprendre ce qu'on lui dit.

Le 22. T. R. 38. Pouls 96. L'excitation se rapproche davantage de la manie simple, la langue est moins sèche, les aliments sont acceptés plus volontiers. On continue le même traitement avec 2 grammes de chloral pour la nuit. Soir, T. R. 39,4.

Le 23. T. R. 37,8. Pouls 84. Sommeil de 4 heures après l'administration du chloral. Etat général meilleur, se rapprochant de plus en plus de la manie ordinaire. Soir T. R. 38,8.

Le 24. T. R. 37,6. Agitation extrême, la malade ne veut pas laisser prendre son pouls. Langue humide couverte d'un enduit jaunâtre. Peau fraîche. Diarrhée. Soir, T. R. 38°.

Le 25. T. R. 38,2. Excitation, mouvements désordonnés. Adèle se roule à terre, bouscule tout dans la chambre. Impossible de prendre le pouls. Soir, T. R. 38°.

Le 26. T. R. 37,6. Même état; bain d'un quart d'heure. Soir

T. R. 38.4. Souffle au cœur avec maximum d'intensité au second temps et à la base.

Le 27. T. R. 38,4. Loquacité. La malade, qui a dormi un peu cette nuit, mange plus volontiers. Langue humide. Soir T. R. 38,9.

Le 28. T. R. 38. Soir, T. R. 38,2.

Le 29. T. R. 38,4. Soir, T. R. 39.

Le 30. T. R. 38. Sommeil de deux heures; langue humide et rosée, constipation. Un verre de limonade purgative. Soir T. R. 38.6.

1er juillet. T. R. 38.4. Pouls 112. La malade, ayant eu la diarrhée hier, n'a pas pris ce matin sa limonade purgative ; la peau est encore chaude, mais moins sèche, la face est pâle et les pommettes sont moins rouges. Soir, T. R. 38,6.

Le 2. T. R. 38. Pouls 112. Dans la journée, quelques légers frissons. Soir T. R. 39.6.

Le 3. T. R. 38,4. Pouls 116. Peau à peine chaude, langue humide, état franchement maniaque ; la malade cherche à prendre les objets qui l'entourent et à les déchirer. Quelques idées de persécutions avec hallucinations. Elle a vu cette nuit, dit-elle, N. S. P. le pape qui lui a défendu de manger. Auscultation impossible.

Soir, T. R. 38,2.

4 juillet. T. R., 38,4. Se plaint de ce que son vin n'est pas assez sucré. Dans la journée un frisson. Soir, T. R. 40,4.

Le 5. T. R. 40°. Excitation très grande. Impossible de compter le pouls et d'ausculter la malade qui crie dès qu'on applique l'oreille sur sa poitrine. Soir, T. R. 40,6.

Le 6. T. R. 40,2. Pouls, 130. Même excitation. Pupilles mobiles et inégales par intervalles ; nouvelles idées de persécutions : on lui met du mercure dans la bouche pour l'empoisonner. » Pas de sommeil. On continue le bromure et les toniques. Sulfate de quinine, 20 centigr. Soir, T. R. 40,4.

Le 7. T. R. 41°. Pouls, 140. Les cheveux blanchissent ; abattement profond. La malade reste dans le decubitus dorsal ; ses traits sont profondément altérés, les pommettes sont fortement injectées, le regard est brillant, la peau est chaude et sèche. A la percussion, on trouve de la matité à droite et à la base. L'auscultation, quoique très difficile, laisse percevoir l'existence d'un souffle à ce même niveau.

Même traitement. Vésicatoire. Soir, T. R. 40,8.

Le 8. T. R. 38,8. L'excitation est moindre ; la malade répond aux questions, elle boit volontiers du lait et conserve encore un peu ses

forces. Dans l'après-midi, frissons suivis d'une violente excitation Journée mauvaise. Soir, T. R. 41,6.

Le 9. T. R. 39.6. Pouls, 120. Langue blanche, peau chaude, quelques sueurs. Toux depuis hier. Pas de crachats. Adèle parle du pape qu'elle entrevoit parfois, et qui lui défend certaines choses. A l'auscultation, on entend du souffle depuis la base du poumon droit jusqu'au milieu de l'omoplate. Tout à fait en bas, on distingue nettement de nombreux râles sous-crépitants.

Vésicatoire. 50 centigr. sulfate de quinine. Soir, T. R. 41°.

Le 10. T. R. 39,6. Pouls, 108. Se plaint de nouveau du mercure qu'on lui met dans la bouche « elle n'aime que les bonnes choses, elle n'est habituée à se priver de rien ; ce n'est pas une raison parce qu'elle n'a pas de famille pour lui faire des misères. » La pneumonie tend à se limiter. Soir, T. R. 40,8.

Le 11. T. R. 39°. Pouls, 120. Très excitée pendant la nuit. Ce matin, un peu plus de calme; propos incohérents : on peut cependant obtenir quelques réponses. Pommettes rouges; langue rouge, recouverte de petites saillies blanchâtres.

Sulfate de quinine, 40 centigr. Soir, T. R. 41,2.

Le 12. T. R. 40. Pouls. 120. Assoupissement; respiration fréquente (48 par minute); râle sous-crépitant au tiers inférieur du poumon droit; souffle à la base à gauche. Pleurs, gémissements plaintifs; mouvements désordonnés; face rouge. La malade avale volontiers le lait qu'on lui présente. Sulfate de quinine, 40 centig. Soir, T. R. 41.8.

Le 13. T. R. 40.2. Pouls 132. Un peu de sommeil jusqu'à minuit; au réveil, hallucinations; voyait le médecin derrière la porte, appelait la fille pour lui faire ouvrir; se levait pour recevoir le pape qui venait dans sa chambre « Elle lui tendait les deux mains sans scrupule ». Ce matin elle psalmodie des airs lugubres d'une voix cassée ; ses traits s'altèrent de plus en plus; la respiration est haletante. Auscultation impossible à cause des chants de la malade. Les secousses médullaires des mains reparaissent. Adèle est effrayée, craint qu'on ne la laisse seule, s'accroche à ceux qui l'entourent ; « elle va mourir ». Tâtonnements inconscients autour de son lit. Bromure de potassium, 4 gr. Salicylate de soude, 4 gr. Toniques. Soir. T. R. 42.

Le 14. T. R. 39. Pouls 146. Le salicylate de soude n'a pu être administré que fort avant dans la soirée d'hier. Ce matin les traits sont moins fatigués, les pommettes moins rouges; la malade chante encore, mais cesse dès qu'on lui dit de se taire; sa voix est chevrotante. Adèle tient

sa main appliquée sur la région précordiale; les battements du cœur sont éclatants. La respiration est plus libre; le souffle persiste à la base du poumon gauche, et le râle sous-crépitant au tiers inférieur du poumon droit. Crachats de teinte rouillée adhérant au fond du vase; la malade rit et s'excite en parlant d'une noce à laquelle elle va assister. Quelques frayeurs par moments; encore un peu de tremblement des mains. Même traitement. Soir. T. R. 40.

Le 15. T. R. 39. Pouls, 96. La peau est moins chaude; hier soir, frayeurs très vives; en entendant le feu d'artifice de la fête, elle croyait qu'on tuait les Français et cherchait à fuir. Ce matin elle se rend compte de son erreur. « Je vais mieux » dit-elle. Les pommettes sont moins rouges; l'état général est meilleur; les soubresauts des tendons ont disparu complètement; la malade ne tâtonne plus autour d'elle comme les jours précédents et se rend un peu compte de sa situation. L'infirmière lui a apporté un sifflet dont elle se sert pour l'appeler.

A l'auscultation, mêmes signes physiques. Soir. T. R. 39.8.

Encore quelques râles sous-crépitants à droite; la voix est toujours cassée. Sulfate de quinine : 40 cent.

T. R. 41°. Pouls 120. La soirée et la nuit ont été mauvaises; excitation violente, pas de sommeil; la peau est chaude, le tremblement des mains a reparu, les gestes redeviennent désordonnés, les papilles linguales sont noirâtres et se détachent sur un fond rouge et sec; petites ulcérations à la pointe de la langue. Toux opiniâtre. Hallucinations multiples accompagnées de frayeurs; elle appelle Elise, elle voit un monsieur de Passy qu'elle connaît, il est avec son petit garçon. Peut-être faut-il attribuer l'élévation de la température à ce que la malade n'a pas eu de salicylate hier. Souffle au cœur.

Traitement: Bromure de potassium. Salicylate de soude. Toniques. Soir, T. R. 40.6.

Le 17. T. R. 39.8. Pouls 120. La respiration est plus facile, la langue moins sèche. Une heure de sommeil dans la matinée. Soir T. R. 40,8; 2 grammes de salicylate pour la nuit.

Le 18. T. R. 38,8. Pouls 104. « C'est le 20 octobre que son mariage sera consommé avec les petits moutons. » Chants; peau moins chaude; les pommettes ne sont plus aussi rouges, la langue est rose, humide, les papilles blanches; le tremblement des mains a disparu. Peu ou point de râles sous-crépitants; encore un peu de souffle à droite. La malade, qui se prête assez volontiers à l'examen, répond qu'elle se trouve

un peu mieux et cesse de chanter quand on l'en prie. Un peu de diarrhée depuis hier. Soir, T. R. 40,8. 2 grammes de salicylate.

Le 19. T. R. 39°. Excitation dans la soirée d'hier. Prétendait que le médecin lui avait mis un cordon autour du cou; se sauvait dans un autre lit. Soir, T. R. 40,6.

Le 20. T. R. 39,6. Pouls 128. Peau un peu chaude. Hallucinations de la vue et de l'ouïe : voit son beau-frère et lui parle en chantant.

La toux persiste; mêmes crachats. Auscultation impossible. Soir. T. R. 40,8. 2 gr. de salicylate.

Le 21. T. R. 38,8. Pouls 132. Excitation, hallucinations. Adèle parle de M. Thiers qui lui défend de mettre sa chemise; elle fait des efforts très énergiques pour déchirer son drap; on peut juger par là que ses forces sont assez bien conservées. Elle a dormi quelques heures cette nuit.

Sulfate de quinine 40 centigr. Bromure de potassium. Toniques. Soir, T. R. 40°.

A 9 heures du soir, elle commence à s'endormir. 2 grammes de salicylate.

Le 22. T. R. 38. Pouls 120. Excitation moindre, peau encore sèche; langue rose, un peu humide; pas de soubresauts des tendons.

Le 23. T. R. 38,4. Pouls: 120. Aspect moins inquiet ; état général meilleur; l'incohérence persiste « Je suis, dit-elle, dans le 3e chasseurs de Boulogne » « Vous êtes médecin, je dois vous obéir » « Donnez moi du café au lait; je ne puis pas manger beaucoup; mais petit à petit ça viendra. » Se nourrit toujours avec difficulté. Sulfate de quinine: 30 centig. Le soir T. R. 39.

Le 24. T. R. 38,6. Pouls. 126. Incohérence « Je ne m'appelle pas L..., je suis madame M..., ça ne vous regarde pas » Le râle sous-crépitant persiste, mais l'état général est meilleur. Soir T. R. 39,2.

Le 25. T. R. 38,4. Pouls. 130. L'amélioration se continue ; la nuit a été bonne, la malade est plus calme, et mange seule ce matin du pain trempé dans du café au lait ; elle avale coup sur coup plusieurs verres de lait. Langue rosée.

Sulfate de quinine : 30 centig.; 3 gr. salicylate. Sirop de groseilles, eau de Seltz. Soir T. R. 39.

Le 26. T. R. 38. Pouls. 108. Sommeil pendant la visite. Soir T. R. 38.

Le 27. T. R. 38. Pouls. 108. Elle chante encore, mais d'une voix assurée et moins chevrotante; elle se rapproche de l'état maniaque simple. Soir T. R. 38,4,

Le 28. T. R. 37,8. Pouls. 108. L'amélioration se continue, le sommeil a été bon; malgré son excitation on parvient à fixer son attention et à obtenir des réponses précises. L'amaigrissement est considérable. Soir T. R. 38,2.

Le 29. T. R. 38.2. Pouls. 108. Adèle est plus tranquille, a dormi une partie de la nuit : « Je dors, dit-elle, quand on ne me jette pas de farine ». Moments de lucidité, espiègleries. Rien à l'auscultation. Soir T. R. 38.

Le 30. T. R. 38. Pouls, 108. Attitude franchement maniaque. « Je ne puis m'empêcher de remuer » dit-elle. Soir. T. R. 38.

Le 31. T. R. 37,8. Pouls, 108. Même état. Soir. T. R. 37,8.

1er Août. T. R. 37,6. Pouls 100. Amélioration sensible; l'appétit est complètement revenu. Soir. T. R. 38.

Le 3. T. R. 37.8; Pouls 80. Bon sommeil ; calme. La malade a vu hier son mari et l'a bien reçu, mais elle est très espiègle. Elle s'est levée hier quelques heures. Soir. 37.8.

Le 3. T. R. 39.6; Pouls. 104. Soir. T. R. 38.

Le 4. R. R. 37.8 ; Pouls 108. Soir. T. R. 38.

Le 5. T. R. 38; Pouls. 104. Soir. T. R. 38.2.

Le 6. T. R. 37.8; Pouls 108. Soir T. R. 38.6.

Le 7. T. R. 28.2; Pouls 108. Un peu plus d'excitation. Le sommeil est toujours bon. Rien dans les organes thoraciques. Espiègleries. Soir, T. R. 38.8.

Le 8. T. R. 38.4 ; Pouls 108. Soir T. R. 39.4. Se plaint de douleurs dans l'oreille droite. Cataplasme.

Le 9. T. R. 39 ; Pouls 120. La douleur de l'oreille augmente; rien de visible à l'extérieur. Soir, T. R. 39.6.

Le 10. T. R. 38.8; Pouls 120. On voit poindre une rougeur au pourtour de pavillon de l'oreille. Décoction de mauve et pavots en injections Cataplasmes émollients. L'excitation revient, la malade se remet à chanter, mais d'une voix moins cassée. Soir. T. R. 39.2.

Le 11. T. R. 28.4 ; Pouls. 104. Ouverture de l'abcès. Chants et gestes incohérents. Soir. T. R. 38.6.

Le 12. T. R. 38 ; Pouls 104. Mauvais sommeil ; cependant l'excitation est moindre. Le gonflement a diminué, et le pus s'écoule par l'oreille. Salicylate 2 grammes. Sulfate de quinine 30 centigrammes. Soir T. R. 38.6.

Le 13. T. R. 37.4; Pouls 112. Soir. T. R. 38. Souffle précordial disparu.

Le 14. T. R. 37.8; Pouls 105, Un peu d'abattement, la malade répond moins volontiers que d'ordinaire. Peu de de sommeil cette nuit. Soir. T. R. 37.8.

Le 15. T. R. 27.6; Pouls filiforme : 100. Les espiègleries persistent. Pâleur extrême de la face; grande mobilité dans les idées et dans les gestes. Sommeil meilleur, quoique entrecoupé de quelques hallucinations effrayantes. Ce matin, elle écoute comme si elle entendait quelqu'un sous son lit. Soir. T. R. 38.

Le 16. T. R. 37.8; Pouls 100. Soir. T. R. 38.

Le 17. T. R. 37.8; Pouls 104. Soir. T. R. 38.2.

Le 18. T. R., 37,6; Pouls, 100. Le sommeil revient. Bizarreries, chants. Soir, T. R., 38°.

Le 19. T. R., 37,8; Pouls, 100. Sommeil léger, attitude encore un peu maniaque. Soir, T. R., 37,8.

Le 20. T. R., 38°; Pouls, 96. Soir, T. R., 38°.

Le 21. T. R., 37,8; Pouls, 96. L'amélioration se maintient, Adèle est calme et demande à descendre dans le jardin. Incohérence passagère. Soir, T. R., 38°.

Le 22. T. R., 37,6; Pouls, 92. Soir, T. R., 38,2.

Le 23, T. R., 38°, Pouls, 92. Soir, T. R., 38,4.

Le 24. T. R., 37,8; Pouls, 80. Soir, T. R., 38.

Le 25. T. R., 37,6; Pouls, 84. La guérison s'affermit de plus en plus.

Soir, T. R., 38,7.

Le 26. T. R., 37,4; Pouls, 80. Soir, T. R., 37,6.

Le 27. T. R., 37,4; Pouls, 76. Soir, T. R., 37,6.

Le 28. T. R., 37,4; Pouls, 80. Soir, T. R., 37,6.

Le 29. T. R., 37.4; Pouls 80. Soir, T. R., 37,6.

Le 30. La guérison de l'état aigu est complète; il reste à peine un peu de mobilité d'humeur et de l'amaigrissement. La malade mange avec appétit. Ses forces reviennent peu à peu, et elle ne conserve qu'un vague souvenir de toutes ses frayeurs. Elle semble sortir d'un songe et ne croit pas être dans le service depuis si longtemps. Elle parle de son mari, de ses enfants et demande à les voir; elle rit, elle plaisante avec les autres malades et reste un peu plus enjouée qu'elle ne l'était précédemment, se montrant très enchantée de la moindre espièglerie.

Le 20 octobre. Adèle est d'humeur moins mobile; ses règles. qu'elle n'avait pas eues depuis plusieurs mois, ont reparu sans déterminer de changements notables dans le caractère de la malade.

Le 30. Adèle est allée passer une journée dans sa famille, et s'est très bien comportée. La convalescence persiste, mais les forces reviennent lentement.

Le 12 novembre. La malade quitte le service complètement guérie. Nous n'avons pas perdu de vue notre malade depuis sa sortie; elle vient de temps en temps à la consultation gratuite et sa guérison se maintient. Après quelques semaines de séjour à la campagne elle a repris son embonpoint, et a pu, en revenant à Paris, se livrer à ses occupations habituelles.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. D'abord nous y rencontrons à peu près tous les symptômes qui ont été décrits dans le délire aigu ; nous voyons en outre, après une période d'une quinzaine de jours pendant laquelle la température s'était maintenue très élevée, la malade entrer néanmoins en convalescence malgré la gravité des symptômes physiques qu'elle présentait. Ce n'est pas tout. Il est survenu chez elle à ce moment une de ces pneumonies que l'on observe quelquefois consécutivement à certains états graves; cette complication s'est accompagnée de symptômes absolument semblables à ceux du début de la maladie, et s'est comportée, on peut le dire, comme elle le fait dans le délire toxique. Ne sait-on pas, en effet, que lorsqu'une pneumonie ou une affection fébrile quelconque s'installe chez un buveur, elle détermine chez cet alcoolique en puissance un délire caractéristique qui n'est autre que le délire alcoolique ? De même, chez notre malade, cette complication a donné un nouvel élan à la maladie en déterminant une autre poussée délirante qui reprenait tous les caractères de délire aigu qu'elle avait déjà une fois présentés. Les troubles

intellectuels qui l'ont accompagnée étaient donc à prévoir. L'otite externe qui s'est déclarée en dernier lieu a déterminé à un degré moindre les mêmes résultats, mais comme elle est intervenue à une période plus avancée de la maladie, son cortège délirant avait pris un caractère moins intense. Pour que la comparaison faite soit complète, il nous suffira de dire que lorsqu'un buveur se fait une fracture quelconque, son délire sera d'autant moins actif que l'usage des boissons alcooliques aura cessé depuis plus longtemps. A côté de cela, il ne faut pas oublier que les réactions fébriles dans l'otite sont bien moindres que celles qui accompagnent une pneumonie.

Au cours de l'observation que nous venons de rapporter, le salicylate de soude a été administré à plusieurs reprises, et presque toujours son administration a été suivie d'un peu d'abaissement de la température. Y a-t-il eu simplement coïncidence, ou faut-il imputer à cet agent la dépression thermique observée? Des expériences récentes entreprises par M. Bochefontaine attribuent au salicylate une action sur les centres nerveux qui déterminerait un abaissement de température; on peut donc admettre qu'il n'y a pas dans ce fait une simple coïncidence.

Il ressort en outre de ce cas que le délire aigu peut être suivi de guérison, mais que toujours la convalescence est longue. Dans cette dernière observation, l'issue favorable est due en partie, sinon entièrement, à la liberté absolue dont notre malade a joui même pendant sa période la plus aigue. Durant notre internat dans le service de M. Magnan, il nous a été donné

d'observer quelques autres cas de guérisons inespérées à la suite desquelles s'est développée en nous la conviction intime et bien difficile à ébranler, que si ces malades eussent été camisolés, ils seraient morts fatalement. Comment admettre que dans des cas de cette gravité où la nutrition est si défectueuse, il soit possible d'immobliser la cage thoracique comme le font la camisole et la fixation au lit sans que, de l'hématose incomplète qui en est le résultat, il s'ensuive une conséquence fatale? Les efforts incessants des malades pour se débarrasser de leurs liens ne font d'ailleurs qu'augmenter leur excitation et épuiser leurs forces déjà déprimées. La liberté des mouvements, au contraire, doit mettre les malades dans les meilleures conditions en facilitant le jeu de leurs organes respiratoires.

De toutes les considérations qui ont décidé M. Magnan à supprimer dans son service toute camisole ou mode d'attache quelconque, celles qui précèdent sont les plus importantes. Pour éviter, ce qui arrive presque toujours, que les malades ne se déshabillent ou ne veuillent pas garder le lit la nuit, on leur met un maillot : C'est un vêtement d'une seule pièce, ressemblant à certains costumes de bain ; il est en étoffe plus ou moins résistante suivant le degré d'excitation du sujet. Ainsi couverts, les malades sont laissés libres sans qu'on ait à craindre de les voir déchirer leurs vêtements et s'exposer à un refroidissement.

CHAPITRE VI.

DIAGNOSTIC.

L'ensemble des symptômes que nous avons décrits, malgré la persistance de quelques-uns d'entre eux dans presque tous les cas de délire aigu qui ont été observés, ne forme pas un tableau tellement spécial que cette affection ne puisse être confondue avec différents autres états morbides qui, soit à titre de complications, soit comme symptômes, présentent comme elle des troubles graves des facultés mentales.

Procéder par élimination, s'éclairer surtout par tous les moyens possibles sur les débuts de la maladie, telle est la marche à suivre pour arriver à établir le diagnostic. Pour quelqu'un qui n'a pas suivi pas à pas la marche antérieure des accidents, le délire aigu, nous l'avons vu, pourrait être confondu, soit avec une fièvre typhoïde à forme ataxique, soit avec une fièvre éruptive, soit enfin, avec une pneumonie ou quelque autre maladie viscérale compliquée de délire. Chez les malades excités dont le délire se présentera accompagné de fièvre, l'attention devra donc se porter sur les symptômes habituels des maladies dont ils se rapprocheront le plus. Ces symptômes seront à passer successivement en revue. Un examen méthodique et complet des malades peut seul mettre à l'abri de toute chance d'erreur.

Ce n'est que dans le cas où aucune phlegmasie n'expliquera la fièvre qu'il faudra passer au délire aigu.

Pour être restreinte au cadre des maladies cérébrales, la question du diagnostic n'en est pas moins embarrassante dans certains cas ; on peut écarter, il est vrai, toutes les maladies chroniques, celles qui se traduisent par des convulsions, des paralysies ou du coma, celles enfin d'entre les autres affections qui ne s'accompagnent d'aucune élévation de température. Cette élimination une fois faite, il restera encore une série d'affections nombreuses dont le délire aigu sera à distinguer; pour ne citer que les plus communes : la manie, la mélancolie avecexcitation, la méningite, l'encéphalite, le delirium tremens fébrile, la folie puerpérale, et certaines formes de la paralysie générale à marche rapide. Mais où le diagnostic différentiel du délire aigu sera surtout difficile,c'est quand il s'agira de l'établir dans un état maniaque ou mélancolique sur lequel se sera entée une phlegmasie intercurrente, l'excitation du malade rendant presque impossible l'examen approfondi de ses fonctions.

Nous allons passer successivement en revue les principaux symptômes sur lesquels devra se fonder le diagnostic différentiel.

Si l'on s'en tient aux symptômes les plus saillants, la manie est sans contredit l'affection mentale qui ressemble le plus au délire aigu. Dans l'une comme dans l'autre, l'agitation est excessive, le besoin de mouvement continuel ; la volubilité et l'incohérence se rencontrent au même degré, le maniaque ne dort guère

plus que le malade frappé du délire aigu, l'un et l'autre sont très hallucinés, mais là s'arrêtent les ressemblances.

Tandis que l'un ne présente que peu ou point d'élévation de température, l'autre peut dépasser 40 degrés; le maniaque mange assez volontiers, ne manifestant qu'assez rarement des craintes ; le délirant aigu, au contraire, refuse la nourriture et se montre toujours sous le coup des frayeurs les plus vives. L'incohérence, dans les deux cas, n'empêche pas chez le maniaque de suivre les conceptions délirantes, tandis que chez l'autre sujet on n'arrive jamais, quelque instance qu'on y mette, à obtenir des réponses précises. Les caractères du pouls, on le comprendra, seront toujours consultés avec fruit. Concluons enfin, avec Ach. Foville, que la manie se distingue dans les formes les plus ordinaires par l'absence de fièvre, la conservation et souvent l'exaltation de l'appétit, la possibilité de faire certaines réponses exactes.

Pour les auteurs qui, comme Schüle, décrivent deux formes au délire aigu, il devient nécessaire d'établir le diagnostic différentiel de la mélancolie. Ici, comme dans la manie, les indications thermométriques devront d'abord être consultées. Chez deux mélancoliques dont nous avons pris matin et soir la température pendant cinq mois, bien que restant un peu au-dessus de la normale, elle ne s'est élevée que six fois au-dessus de 38; d'ordinaire elle se maintenait au-dessous. Pourtant chez l'une, le thermomètre est monté deux fois de suite à 38,5. Une troisième malade, suivie pendant le même laps de temps et qui présentait souvent des pé-

riodes d'excitation, a donné à dix reprises une température de 38.1 ou 38.2. Dans le cours d'une bronchite, cette même malade présenta pendant treize jours une température atteignant deux fois 39 sans jamais dépasser ce chiffre.

Il était autrefois difficile de distinguer le délire aigu de la méningite, bien que les auteurs donnassent déjà des caractères différents. Le fait suivant, qui s'est présenté dans le service de M. Rostan, nous a paru assez important sous ce rapport pour que nous ayons cru devoir le reproduire :

« Une femme de 32 ans, entre le 19 novembre 1847, dans le service de M. Rostan pour une céphalalgie violente avec éblouissements, tintements d'oreilles ; la malade a perdu connaissance, mais il n'y a aucune lésion de la sensibilité ni de la motilité. Elle est agitée et a du délire pendant toute la nuit. On ne trouve le lendemain que 96 pulsations et 26 respirations ; la langue est naturelle ; quelque envies de vomir, mais sans vomissements; rien d'anormal du côté des mouvements et de la sensibilité. Cependant le délire a augmenté au point que l'on est obligé de mettre à la malade a camisole de force.

Cett incohérence de l'état général avec les symptômes locaux était de nature à jeter dans l'embarras un praticien moins exercé à ces sortes de cas que M. Rostan. Le professeur de l'Hôtel-Dieu pensa d'abord que l'attaque qu'avait cette femme pouvait bien n'être pas la première ; et, en effet, il se trouva aux renseignements

(1) Journal des connaissances médico-chirurgicales, avril 1848.

qu'elle en avait déjà eu deux analogues qui s'étaient dissipées en peu de jours, et que d'ailleurs cette malade était considérée par ses voisins comme n'ayant pas la tête bien solide. Il résultait de ces renseignements que son délire n'était point celui d'une phlegmasie cérébrale, comme eût pu le faire croire l'intensité des phénomènes locaux, mais un simple délire peut-être provenant d'un état d'aliénation mentale. Le traitement vint aussi abonder dans le sens de cette supposition. Il suffit, pour ramener la raison, de deux émissions sanguines, d'un purgatif et de quelques applications froides sur la tête. Le 24, il n'existait plus aucun trouble cérébral. »

Il y aurait bien peut-être quelques observations à faire sur ces deux émissions sanguines, suivies d'un succès aussi complet, mais nos lecteurs y suppléeront eux-mêmes. On pourrait aussi se demander si l'on n'avait pas affaire, dans ce cas, à un accès de folie épileptique. Les deux attaques analogues qu'avait présentées la malade et surtout la rapidité avec laquelle ont disparu les accidents sembleraient l'indiquer. On ne dit pas dans l'observation si le délire avait été conscient ou inconscient.

Sans partager la conviction de Rostan, nous avons cru qu'il était intéressant de rapporter ces quelques lignes. Elles prouvent d'abord à combien de maladies différentes le nom de délire aigu était appliqué ; de plus elles montrent qu'il ne pouvait guère en être autrement à une époque où l'on s'en tenait à des observations si écourtées.

Aujourd'hui le diagnostic peut être établi avec une grande précision.

La méningite simple se distingue du délire aigu par l'existence de la céphalalgie, des vomissements et l'absence de toute idée de persécution. De plus, le pouls est fort, plein, et très fébrile longtemps avant que le délire ait toute son activité; plus tard il survient du strabisme, de la contracture des muscles du cou, tandis que dans le délire aigu nous ne voyons rien de semblable. De plus, dans la méningite, le délire est rarement assez violent pour ressembler à celui de l'affection qui nous occupe; il est moins continu et le sujet n'est pas en proie à une excitabilité aussi extrême.

Aux différences dans les symptômes correspondent des dissemblances non moins grandes dans l'anatomie pathologique; tandis que la méningite, dès le troisième jour, se traduit déjà par des adhérences, par une surface tomenteuse des fausses membranes, et très souvent des masses purulentes, le délire aigu, même au dixième jour, ne s'accompagne d'aucune trace de phlegmasie. Bien plus, dans quelques cas, on ne trouve absolument rien. Enfin, si la méningite laisse quelque prise au traitement antiphlogistique, nous verrons qu'il n'en est pas de même pour le délire aigu, et que la seule ressource est dans les toniques et les médicaments agissant directement sur les cellules nerveuses pour modifier leur fonctionnement.

Pour la fièvre typhoïde, c'est l'absence des signes ordinaires de cette maladie : météorisme, gargouillements, taches rosées lenticulaires, diarrhée, qui devra mettre sur la voie diagnostique.

L'encéphalite s'accompagne quelquefois d'un certain degré d'excitation avec idées délirantes qui peut en imposer ; mais dans l'antécédent des malades on rencontre le plus souvent des attaques apoplectiformes ou épileptiformes révélatrices ; de plus, diverses complications habituelles de l'encéphalite : paralysie, amnésie, anesthésie, aphasie, ne se rencontrent jamais dans le délire aigu. Dans l'encéphalite traumatique, il intervient une cause déterminante qui écarte toute idée de délire aigu essentiel. L'encéphalite étant d'ailleurs le plus ordinairement limitée, il en résulte que certaines fonctions sont entravées, alors que les autres, sous la dépendance d'une partie saine de l'encéphale, sont conservées dans leur intégrité. Les malades ne présentent pas dans ces cas une efflorescence délirante aussi complète que dans le délire aigu.

Si nous arrivons au delirium tremens fébrile, le diagnostic différentiel de notre affection sera beaucoup plus délicat : ces deux maladies ne sont-elles pas presque identiques tant par leur marche que par leur terminaison ? Brierre de Boismont dit que le diagnostic en est toujours très difficile. Difficile, soit : mais entre difficile et impossible, la distance est immense. Il est vrai, nous l'avons dit, que le délire aigu ne s'observe guère que chez des malades prédisposés, et l'on comprend facilement que l'usage habituel des boissons alcooliques puisse créer cette prédisposition et préparer un terrain favorable au développement du délire aigu. D'après le tableau si saisissant qu'a tracé Magnan du delirium tremens fébrile, nous voyons que ces deux maladies ont de mul-

tiples similitudes, mais qu'elles diffèrent en somme par le tremblement musculaire et le commencement de paraplégie que présentent les alcooliques. Ajoutons encore que si les hallucinations existent dans les deux cas avec le même caractère terrifiant, l'agent toxique provoque chez les malades dans le delirium tremens fébrile des hallucinations spéciales qui ne se présentent pas ordinairement dans le délire aigu. L'alcoolique voit des animaux et des choses qui lui rappellent ses occupations. On peut cependant, à la rigueur, considérer les deux maladies comme deux formes d'une même affection se différenciant dans leur cause déterminante Est-il besoin de dire que l'idée du delirium tremens s'écartera d'elle-même si le sujet qui présente les caractères des deux affections similaires est notoirement sobre?

Il est à peine nécessaire d'insister sur le caractère différentiel de l'état mental qui nous occupe d'avec la folie puerpérale. Les renseignements fournis par la famille et l'examen physique de la malade apprendront facilement au médecin si elle est en puerpéralité.

Cependant ces deux états ont bien des points communs.

La conception, l'accouchement et l'allaitement, qui modifient si profondément l'organisme féminin peuvent créer des prédispositions spéciales aux affections graves et rapprocher la folie puerpérale du délire aigu. Ce rapprochement paraîtra encore plus acceptable si l'on se souvient que la première de ces formes ne se rencontre jamais que chez des malades à hérédité vésanique. La folie puerpérale peut donc n'être considérée

que comme le délire aigu des femmes en couches. Si, comme on l'observe très souvent, l'état physique de la femme suffit à expliquer la fièvre, ce rapprochement n'aura plus sa raison d'être; nous rentrerons dans les cas si communs de malades prédisposés qui délirent sous l'influence de la moindre réaction fébrile. Pour qu'il soit possible, il faut avoir dans l'esprit ces malades prises d'excitation maniaque avec fièvre longtemps après l'accouchement, et qui n'offrent aucune phlegmasie.

Il est très souvent transporté dans les asiles des aliénés qui sont dans un état d'excitation extrême, violents impulsifs, et qui présentent en outre une certaine élévation de température. L'absence de tout renseignement peut rendre très difficile le diagnostic de la forme mentale à laquelle il faut attribuer leur état. L'élévation de température qui accompagne toujours le délire aigu et quelques autres symptômes qui lui appartiennent peuvent faire penser à cette maladie. Les médecins habitués à ce genre d'accidents ne manquent jamais non plus de songer à la possibilité d'une fièvre typhoïde, mais comme ils n'en rencontrent pas les symptômes, comme d'un autre côté l'élévation de température doit écarter l'idée d'une manie simple, on peut se trouver embarrassé si l'on n'a présent à l'esprit une autre forme mentale assez rare qui peut facilement être confondue avec le délire aigu : c'est l'état de mal épileptique. Il se présente avec le même cortège de manifestations délirantes, et s'accompagne en outre de fièvre ainsi que d'élévation de température comme l'ont démontré les travaux si connus de Charcot et Bourneville. Cette folie

épileptique étant plus souvent consécutive à des vertiges qu'à de grandes attaques, c'est en vain que dans certains cas on rechercherait la morsure de la langue pour établir le diagnostic. Mais cette incertitude ne peut être que d'assez courte durée, car des convulsions ne tarderont pas à se montrer et de plus, les renseignements fournis par la famille la feront rapidement cesser. Pour les médecins peu habitués à ce genre d'affection, la rapidité avec laquelle disparaîtront ces accidents sera un symptôme pathognomonique de l'épilepsie. Ajoutons que la température ira en décroissant à mesure qu'on s'éloignera des attaques.

Nous touchons à la partie la plus délicate dans l'étude du diagnostic différentiel de notre affection. Commençons par dire que les causes du délire sont nombreuses. Andral a déjà dit depuis longtemps que le plus léger trouble dans le mode d'action d'un organe réagit sur les nerfs. Nous pouvons ajouter avec autant de raison que le plus léger trouble réagit sur l'organe intellectuel. Le délire, en effet, se produit sous les formes les plus variées et sous l'influence des causes les plus diverses, surtout chez les prédisposés. Une phlegmasie chez eux ou une affection fébrile quelconque peut déterminer du délire. La statistique dressée par Bouchereau et Magnan (1) des malades entrés à l'admission en 1870-71 signale le délire dans des fièvres typhoïdes, pneumonies, varioles, scarlatines, angines et méningites tuberculeuses. Comme cette statistique est faite sur un nombre considérable de malades, nous sommes autorisé à conclure que c'est surtout dans ces maladies que le délire se montre le

(1) Ann. méd. psych, 5e série, t. VII, janvier 1872.

plus souvent. Grisolle a déjà fait remarquer qu'il n'était pas rare de le voir apparaître dès le début de la pneumonie et même quelquefois la précéder de un à quatre jours. Si ce délire est peu marqué, discontinu, et la fièvre peu intense, il n'y aura pas d'erreur possible, mais si, au contraire, dans le cours d'une manie qui, comme on sait, se manifeste toujours par un trouble très puissant de l'idéation avec excitation et besoin de mouvement incessant, il survient une maladie intercurrente, de la difficulté même qu'on éprouvera à démêler la nature de cette affection dépendra la difficulté du diagnostic.

Dans les cas les plus ordinaires la maladie intercurrente est heureusement facile à reconnaître, et sans trop de difficultés on peut alors établir qu'on a affaire à un maniaque atteint de telle ou telle autre maladie : pneumonie, pleurésie, etc.. ; mais il arrive aussi quelquefois qu'elle est elle-même très difficile à diagnostiquer chez des sujets sains d'esprit. De combien de difficultés nouvelles ne sera donc pas entouré l'examen de ces malades si l'on songe que l'excitation à laquelle ils sont en proie rend presque impossible toute constatation somatique un peu délicate, que la mobilité de leurs idées, échappant à toute tentative de les fixer, ôte tout prix à leurs réponses, et qu'enfin leur indifférence à la douleur enlève encore de nouveaux éléments au diagnostic ?

L'observation suivante prouvera les ressemblances qui unissent les deux états auxquels nous faisons allusion. Il ne s'agit dans ce cas que d'une parotidite qu'il était facile de reconnaître ; pendant la période d'incubation de cette phlegmasie, la malade a présenté une

élévation de température concordant avec une excitation assez violente qui pouvait faire croire à un délire aigu.

Observation VI (1).

Le 13 juin dernier entrait à l'admission, dans le service de MM. Magnan et Bouchereau, la malade V... (Henriette), âgée de 36 ans. D'après les renseignements fournis par son mari, Henriette, qui a toujours eu un caractère emporté, était absorbée depuis deux mois environ et se préoccupait pour la moindre chose; au commencement de juin, pendant qu'elle avait ses règles, elle se serait disputée avec une voisine, et les règles se seraient arrêtées. Elle est devenue par la suite de plus en plus mobile, mais ne s'est agitée véritablement que quatre jours avant son entrée; son excitation a débuté pendant la nuit: on voulait l'empoisonner et faire mourir son mari.

Henriette n'a pas fait d'excès de boisson, et n'a jamais eu d'accidents convulsifs. Sa menstruation est régulière, mais peu abondante. Pas d'aliénés dans la famille.

A son arrivée, la malade présente tous les symptômes de la manie avec quelques craintes d'empoisonnement qui augmentent de jour en jour. La face est injectée et les yeux sont hagards. Elle gesticule, se roule à terre, crie, frappe ceux qu'elle rencontre, ne répond pas quand on l'interroge et repousse tout se qu'on lui présente. Fièvre et pas de sommeil. Il est impossible de lui faire prendre quoi que ce soit : lait, bouillon, bromure ou chloral.

Le 16 juin (matin). Elle n'a pas dormi de la nuit, est très excitée, refuse les aliments; 1 centigr. de chlorhydrate de morphine en injection hypodermique. Le soir on lui administre 3 grammes de chloral en lavement qu'elle rend peu de temps après se croyant empoisonnée.

Le 17 (matin). La nuit a été peu plus calme. La malade a dormi jusqu'à minuit; elle prend le matin un verre de lait sans trop de difficultés. T. R. 38,4/10. Injection hypodermique de 1 centigr. de chlorhydrate de morphine.

Le 17 (soir). Même excitation, a bu un peu dans la journée, la langue est sèche et la peau paraît chaude. T. R., 38,9/10.

(1) Marcel Briand. Journal des connaissances médicales du 14 août 1879. Manie aiguë accompagnée de délire fébrile avec parotidite et érysipèle. Guérison.

Le 18 (matin). Sommeil moins bon. Elle a bu du lait, du bouillon, et, a pu prendre un biscuit dans du vin sucré. N'a pas eu de vomissements. Injection de morphine de 2 centigr. T. R., 39°.

Le 19 (soir). Un peu plus d'excitation ; 1 centigramme de morphine en injection.

Le 19 (matin). L'excitation devient telle qu'on doit mettre la malade dans une cellule où elle pourra s'agiter à son aise. Elle n'est recouverte que d'un vêtement pour éviter l'action du froid et est absolument libre. Sa peau est fraîche. Elle ne veut plus boire de lait. Sputation volontaire et continuelle, comme pour expulser quelque chose qu'elle aurait dans la bouche. La langue est rose et la peau fraîche, l'haleine fétide. T. R., 38 7|10. Pouls, 124. On continue la morphine.

Le 19 (soir). La journée a été mauvaise, le pouls est à 156 ; la température rectale à 38 9|10. Henriette est abattue, sa voix est éteinte, sa langue noire. Amaigrissement. Etat tonique. On observe quelques secousses tendineuses. Les parotides sont gonflées et douloureuses à la pression. Pas de morphine.

Le 20 (matin). T. R., 38. Pouls, 108. La malade continue à s'affaiblir, sa voix est toujours éteinte, l'excitation apparaît de nouveau ; les yeux brillants et cependant excavés, elle ferme par moment la paupière et paraît souffrir beaucoup ; ne répond à aucune question. La peau dans la région parotidienne a pris une teinte violacée très accusée. Le gonflement augmente toujours ; constipation. Les forces sont déprimées : limonade vineuse, vin de quinquina et Bagnols mélangés à du sirop d'écorces d'oranges amères, lavement de 8 gr. de séné et 60 gr. de miel de mercuriale ; deux injections de morphine de 1 centigr. chacune.

Le 20 (soir). T. R., 38 4|10. Les parotides sont toujours gonflées et douloureuses, la langue sèche. Excitation incessante, propos incohérents : subdélirium. Soubresauts dans les tendons. La malade s'affaiblit de plus en plus.

Le 21 (matin). T. R., 38 4|10. Pouls, 132. Sommeil jusqu'à 2 heures du matin, on ne peut prendre le pouls à la radiale à cause du mouvement de la malade. A la fémorale, il est vif et cependant très dépressible. H... est dans un état de faiblesse extrême, ses traits sont tirés ; elle se laisse aller et présente néanmoins des mouvements incessants. Amaigrissement considérable. Les battements de l'aorte abdominale sont faciles à percevoir.

Hier et ce matin trois selles diarrhéiques jaunâtres. Moins de secousses dans les tendons ; la langue paraît moins sèche.

Le 21 (soir). T. R., 39 2|10. Pouls à la fémorale, 148; il est petit et fréquent. La langue est de nouveau sèche et noire. La parotidite est toujours très accusée. La malade se plaint de douleurs très vives. Elle va mourir, dit-elle : continuation des toniques. Selles diarrhéiques.

Le 22 (matin). T. R., 38 6|10. Pouls, 112. Peau toujours sèche, la langue est un peu moins noire. Erythème du cuir chevelu. Un peu de rougeur, avec gonflement, commence à se montrer sur le front. Les parotides sont moins douloureuses. (Soir.) La rougeur prend une teinte franchement érysipélateuse. H... a pu dormir une partie de la journée. Elle gémit; les selles sont moins fréquentes. On continue les toniques. P. 144; T. R., 39 3|10.

Le 23 (matin). Le sommeil a été mauvais, mais H... semble un peu reconnaître les personnes qui l'entourent. Les parotides sont complètement indolentes. La teinte de l'érysipèle reste stationnaire. La langue est encore sèche, les yeux sont toujours brillants et excavés. La malade boit volontiers son lait. Elle parle de son mari, de sa petite fille, et mêle à son discours incohérent quelques paroles raisonnables. Pouls 120; T. R., 38 5|10. (Soir.) Pouls, 104; T. R., 38°. Herpès labial. La teinte érysipélateuse du front semble pâlir. La malade est plus calme et demande qu'on la laisse sans son caraco; elle a trop chaud. Elle a dormi un peu dans la journée. Sa peau est moins chaude, mais toujours sèche. Elle répond aux questions d'une voix cassée. La parole est saccadée.

Le 24 (matin). L'amélioration s'accentue, mais H... est encore très excitée par intervalles; son abattement est moins grand dans ses périodes de calme, la voix est moins éteinte; elle se plaint de ce qu'on lui souffle dans les oreilles avec de petits tuyaux (elle montre les barreaux du lit). Elle distingue quelques voix au milieu de ces sifflements; elle demande à voir son mari. Pouls, 104; T. R., 38°. (Soir.) L'érysipèle se limite en haut au cuir chevelu, en bas à la racine du nez, mais s'étend de chaque côté sur les paupières. La malade est plus excitée que ce matin. La langue est encore sèche. Phlyctènes au front et aux paupières; on lui souffle dans les oreilles que son mari est en bas et qu'elle ne le verra pas. Pouls, 116; T. R., 38 2|10.

Le 25 (matin). Le sommeil a été bon, la langue est rouge et dépourvue d'épithélium dans sa partie antérieure, la malade ne boit qu'avec difficulté. Pouls, 108; T. R., 38 1|10. (Soir.) Même état. Pouls, 120; T. R., 38 5|10. La desquamation commence

Le 26 (matin). La nuit a été mauvaise, R... déchire ses draps. Pouls 112; T. R., 38 6|10. (Soir.) Pouls, 108; T. R., 38 5|10.

Le 27 (matin). Pouls 104; T. R., 37 8|10, réponses plus cohérentes; moins d'excitation, demande à manger. (Soir.) S'est levée un peu dans la journée. T. R., 38 9|10.

Le 28 (matin). T. R., 37 2|10. (Soir.) 37°.

Le 29 (matin). T. R., 37 4|10.

Le 30 (matin). T. R., 37 2|10. (Soir.) T., 37 5|10. On continue toujours les toniques.

2 juillet. Henriette est levée, elle est tranquille et raisonnable, ne se souvient nullement de ce qui s'est passé, mais prend une autre malade du service pour la voisine avec laquelle est s'est disputée. « C'est, dit-elle, une méchante femme, je la vois souvent dans mes rêves. J'ai beaucoup de chagrin de la savoir ici. » Mise en présence de cette prétendue connaissance, H... ne sait pas trop si c'est bien sa voisine qu'elle voit. Le lendemain elle avoue spontanément qu'elle s'est trompée et que sa méchante femme ne peut être à Sainte-Anne.

Le 31. Les idées de persécution ont complètement disparu; H..., qui ne se souvient pas de ce qui s'est passé, ni de ses oreillons, ni de son érysipèle, est complètement guérie et s'occupe à soigner les autres malades.

Dans le courant de ce mois, on a pu observer chez elle quelques-uns de ces petits abcès sous-cutanés, consécutifs à certains états graves, qui ont parfaitement guéri par les émollients. La malade, en bonne voie de convalescence, va sortir prochainement.

Réflexions. — Les injections sous-cutanées de morphine ont été employées chez cette malade uniquement parce qu'elle ne pouvait prendre de médication à l'intérieur (bromure, chloral). La morphine n'a pas, à notre avis, produit un effet autre que celui que nous obtenons avec le laudanum pris à l'intérieur à doses successivement croissantes. D'ailleurs, il ne faut pas oublier qu'il est commun de voir guérir certaines formes maniaques simples, sans aucune médication pharmaceutique, avec les bains prolongés quelquefois même avec l'isolement seul.

Notre malade présentait à son arrivée quelques symptômes qui auraient pu faire croire à un délire alcoolique; elle avait des hallucinations pénibles, multiples et mobiles, et offrait quelques craintes d'empoisonnement, mais H... ne buvait pas; et au bout de quelques jours ces symptômes, au lieu de s'amender comme dans le délire alcoolique, augmentèrent d'intensité, si bien que la malade en arrivait à refuser les aliments. On aurait également pu à la rigueur penser à une

fièvre typhoïde, mais la température, la marche de la maladie et l'absence de troubles gastriques ne permettaient pas de s'arrêter à ce diagnostic.

H... n'a pas eu ses règles pendant toute la durée de sa maladie ; doit-on considérer sa parotidite comme un phénomène métastatique ? Nous ne saurions dire si le gonflement de la région parotidienne coïncidait avec l'époque où aurait dû se montrer la période cataméniale. Cette parotidite n'était pas, certainement, un phénomène critique, puisque le délire a continué malgré son apparition : c'était donc bien une complication de la maladie.

Un fait plus important a attiré notre attention. Le délire a commencé à disparaître au moment où se montrait l'érysipèle et quand, plus tard, l'excitation diminuait, on voyait réapparaître les idées de persécution du début, qu'on pourrait appeler en quelque sorte *délire du retour* ; elles se traduisaient par les injures soufflées à H..., à travers les barreaux de son lit. Durant la période aiguë, le désordre des idées était tel qu'il masquait tout.

De même que dans la manie puerpérale, les toniques ont été administrés dans ce cas avec le plus grand succès. Quand notre malade en fut arrivée à cette période ataxique, où malgré son excitation presque incessante elle se montrait cependant, par intervalles rares, absolument abattue et déprimée, les toniques ont été d'un grand secours pour soutenir ses forces, à cause de la lutte encore longue qu'elle avait à subir. Les indications étaient formelles.

Il reste à faire ressortir un dernier point. Pas plus qu'aucune malade du service, H... n'a été fixée par aucun moyen de contention. Une infirmière la gardait à vue continuellement; quand l'excitation devenait par trop grande, on l'isolait pendant quelques heures dans une cellule capitonnée et obscure. Durant toute sa période aiguë, H... n'était vêtue que d'un maillot, simple vêtement recouvrant tout le corps sans la moindre attache, laissant la malade entièrement libre, et n'ayant d'autre but que de la préserver du froid.

Nous pourrions de même reproduire une observation de mélancolique pris de pneumonie chez lequel cette affection intercurrente a pu faire croire au début à un délire aigu. L'apparition du souffle et du râle sous-

crépitant est arrivée à point pour établir nettement le diagnostic.

Les considérations que nous faisions ressortir à propos de la manie peuvent donc s'appliquer à la mélancolie, en faisant toutefois remarquer cette différence que ce ne sera plus l'excitation maniaque, mais des idées délirantes d'un autre ordre qui empêcheront de faire fond sur les réponses du malade : il est en particulier un groupe de mélancoliques qui acceptera toute douleur ou toute maladie comme une expiation, et ne consentira à donner que peu ou point de renseignements. Les caractères permettant d'affirmer si, en pareils cas, on se trouve oui ou non en présence d'un délire aigu à forme mélancolique, ne peuvent être résumés et ne sauraient être tirés que de la marche des accidents. La courbe thermométrique sera toujours consultée avec fruit ; il est certain, en effet, que si chez un maniaque ou un mélancolique on observe une élévation brusque de température s'accompagnant d'une aggravation dans les symptômes physiques, quelle que soit leur intensité, on ne devra pas songer au délire aigu qui ne débute jamais brusquement, comme nous l'avons vu au chapitre de l'étiologie, mais suit plutôt, toutes les observations le démontrent, une marche lentement progressive. On pourra nous objecter que nombre d'affections fébriles ont également une marche insidieuse qui pourra faire croire à du délire aigu ; l'affirmation de la nature de la maladie sera, en pareil cas, toujours précaire, surtout si le diagnostic de l'affection intercurrente est lui-même très difficile à porter. Il ne restera plus comme guide que la gravité des accidents, et le plus souvent

les phénomènes ne trouveront leur explication qu'à l'amphithéâtre.

On voit souvent dans les asiles une classe de paralytiques qui s'excitent sous la moindre influence. Ils présentent à certains moments une période d'excitation maniaque. Leur processus pathologique, à évolution ordinairement lente, peut recevoir une poussée qui s'accompagnera d'excitation avec fièvre et pourrait même en imposer au premier abord, si l'on ne connaissait le terrain sur lequel se développe cette inflorescence délirante.

Prenons, par exemple, un paralytique général sans délire ambitieux ni hypochondriaque; un de ces malades que Magnan choisit toujours pour type dans ses leçons, et qui ne présentent pour ainsi dire que le squelette de la paralysie générale ; prenons-le avec ses signes physiques les plus ordinaires : hésitation de la parole, inégalité pupillaire, et avec son affaiblissement en masse de toutes les facultés intellectuelles, et suivons-le pas à pas. Il est d'abord indifférent, nullement préoccupé de sa situation, il se met facilement à l'aise partout où on le conduit et se laisse diriger avec la plus grande docilité. Pendant quelques jours, il reste ainsi indifférent et pour ainsi dire étranger à lui-même; mais un jour ce malade, qui ne dort pas depuis quelque temps, se plaindra de malaises qu'on va d'abord attribuer à des idées hypochondriaques, puis, sans cause appréciable, il deviendra remuant, tracassier, se mettra en colère sans motifs, perdra l'appétit. Si nous examinons l'état de ses fonctions digestives, nous trouverons un peu d'embarras gastrique, de la constipation. La

température s'élèvera, le pouls deviendra plus fréquent, et l'examen des organes thoraciques ne donnera rien qui puisse expliquer ce phénomène. Peu à peu il s'effraiera et cherchera à fuir, s'excitera, n'acceptant la plupart du temps la nourriture qu'avec difficulté. L'excitation maniaque augmentera, deviendra rapidement incohérente; ses journées et ses nuits se passeront tantôt à crier, tantôt à murmurer des phrases sans suite où les idées de crainte domineront toujours. Un peu plus tard il refusera complètement les aliments, la fièvre augmentera, l'excitation sera remplacée par la dépression, et plus tard enfin le malade mourra dans le marasme. On dira alors qu'il a succombé à du délire aigu dans le cours d'une paralysie générale, ce qui n'est que la paralysie générale aiguë de certains auteurs.

Il est facile de voir que le délire aigu n'est pas un symptôme de la paralysie générale, parce que celle-ci a une marche essentiellement lente; nous ne pensons pas non plus qu'on doive le considérer comme une affection intercurrente. Il est plutôt une complication à marche rapide survenant dans le cours d'une affection chronique. On peut le comparer, par exemple, aux pneumonies qu'on observe dans la phthisie tuberculeuse.

Cette complication ne se rencontre guère que chez des sujets prédisposés à la folie par des influences héréditaires : est-ce à dire pour cela qu'il ne doit jamais être considéré comme une entité morbide? Sans vouloir trancher cette question délicate de pathologie générale qui, pour être examinée au fond, entraînerait un développement que nous ne pouvons donner à ce tra-

vail, nous allons simplement établir une comparaison qui nous permettra de traduire notre opinion à ce sujet.

Le délire aigu est, à un certain point de vue, comparable à la manie et à l'excitation maniaque : Comme la manie, il peut exister seul avec des lésions et des symptômes qui, s'ils ne lui sont pas absolument propres envisagés séparément, ne s'observent que dans le délire aigu, si on les considère dans leur ensemble; comme l'excitation maniaque, il peut compliquer toutes les formes mentales. Cette opinion découle naturellement de l'observation d'un grand nombre de malades que nous avons suivis jusqu'à l'amphithéâtre.

Nous serions entraîné trop loin si nous passions en revue toutes les affections qui peuvent, à un moment donné, se compliquer de délire aigu. C'est surtout dans la pathologie mentale qu'il faut chercher les maladies sur lesquelles il se greffe le plus ordinairement, mais ce n'est pas là seulement. Toutes ou presque toutes les maladies peuvent se terminer par cette complication, qui toujours leur donnera un caractère de gravité spéciale. Quand le délire aigu survient à propos d'une phlegmasie se surajoutant elle-même à un état mental maladif, manie, mélancolie, délire de persécution, etc..., il ne doit être considéré que comme une complication qui ne présentera d'autre gravité que celle même de la phlegmasie qui aura présidé à son évolution.

Le délire aigu est donc tantôt une maladie *sui generis* déterminée par un trouble fonctionnel du cerveau dont l'essence échappe à notre investigation, tantôt une

complication d'une autre affection. On doit le considérer ainsi quand celle-ci se traduit par des signes physiques spéciaux qui permettent de la reconnaître. Dans ce dernier cas, c'est à la maladie qu'il faut attribuer la cause du trouble fonctionnel du cerveau. Cette maladie guérissant, le trouble fonctionnel disparaîtra du même coup, et, par suite, la complication dite délire aigu.

CHAPITRE VII.

TRAITEMENT.

La nature des lésions qu'on rencontre dans le délire aigu devait nécessairement conduire les premiers observateurs à l'emploi des antiphlogistiques. Aussi, dès le début, ont-ils eu recours aux saignées générales d'abord, puis aux saignées locales; on trouve même dans la science le récit de quelques cas de guérison obtenus à l'aide de ces moyens thérapeutiques. Mais lorsqu'on lit ces observations, le diagnostic de la maladie est loin de paraître aussi confirmé que semblaient le croire les observateurs eux-mêmes.

Pour Brierre de Boismont (1), une saignée explorative s'indiquait d'elle-même et cet auteur pensait que, faite dans les limites convenables, elle ne pouvait avoir aucun résultat fâcheux. C'est surtout à la saignée du bras qu'il conseillait d'avoir recours, tout en regrettant que l'ouverture de la jugulaire fût aussi difficile à faire sur les malades agités, car elle lui paraissait devoir être préférée.

La saignée fut heureusement peu à peu abandonnée, et aujourd'hui tout le monde est d'accord sur son peu d'efficacité et sur l'inconvénient qu'il y a à débiliter un sujet

(1) Loc. cit.

dont les forces, après une grande exaltation de quelques jours, sont profondément déprimées.

Ach. Foville (2) recommande les grands bains, prolongés quelquefois pendant un temps très long, les boissons délayantes, les révulsifs cutanés et intestinaux, l'emploi des opiacés, de la glace sur la tête.

Les auteurs allemands, qui décrivent une seconde lésion anatomique, l'anémie cérébrale, répondant à leur type mélancolique, repoussent absolument la saignée dans cette dernière forme de délire aigu, cherchant au contraire à refaire le sang de leur sujet. Dans un travail tout récent, Meynert (3) va même jusqu'à conseiller la transfusion du sang. Les expériences personnelles nous manquent pour discuter la valeur de ce moyen thérapeutique; nous rappellerons cependant à ce sujet que c'est presque exclusivement dans les états anémiques consécutifs aux hémorrhagies que cette opération a été suivie d'un heureux résultat. En outre, l'excitation extrême des malades doit, dans bien des cas, la rendre impraticable; leurs mouvements désordonnés ne sauraient non plus manquer de faciliter singulièrement la production d'embolies en lançant dans le torrent circulatoire le petit caillot qui se sera formé dans le veine ouverte. Ce n'est donc qu'avec la plus extrême prudence que cette opération doit être conseillée. Dût-elle réussir, il nous semble difficile d'admettre qu'elle aura remédié à l'anémie cérébrale des malades, car

(2) Loc. cit.

(3) Meynert. — Des formes hallucinatoires aiguës du délire et de leur évolution Jahrbücher für Psych. 1881.

s'il existe des modifications dans les liquides sanguins, elles sont plutôt qualitatives que quantitatives.

Schüle (1), dans son Manuel des maladies mentales, consacre un chapitre à la thérapeutique des états d'exaltation (fureur, manie, délire aigu). Il pose comme règle première la nécessité d'éviter au malade toute excitation, de n'exercer sur lui aucune contrainte sous quelque forme que ce soit, si ce n'est passagèrement pour l'ingestion de nourriture.

Cette manière de voir est absolument conforme à celle que nous avons entendu exprimer souvent par Magnan, et que nous partageons entièrement. Les malades doivent jouir de la plus grande liberté pour trouver un élément suffisant à l'activité qui les dévore. Dans les cas d'excessive excitation, ils seront mis dans une cellule capitonnée dont la température sera surveillée avec soin, et confiés à la surveillance d'un infirmier ou d'une infirmière intelligents. Dans quelques cas cependant Schüle conseille de fixer le malade au lit pendant quelques heures pour lui procurer un repos forcé. On verra plus loin ce que nous pensons de cette mesure. Dans les états les plus intenses il applique quelques sangsues derrière la tête et aux tempes.

« La nourriture, dit-il plus loin, doit être forte sans être excitante, de façon à couvrir la dépense énorme d'activité musculaire; ne point épargner quelques gorgées de vin ou un verre de bière. Prise en assez grande quantité, la bière, le soir, amène souvent le bon sommeil le plus naturel surtout chez les femmes. » Si nous par-

(1) Loc. cit.

tageons l'opinion de cet auteur sur l'opportunité des toniques, nous ne pensons pas qu'il soit avantageux d'abuser de la bière.

Tout en conseillant l'usage des opiacés, il se montre absolument hostile à l'hydrate de chloral, que cependant M. Magnan administre quelquefois et à l'aide duquel on obtient toujours un peu de sommeil.

Bien des moyens thérapeutiques ont été tour à tour préconisés ; il serait fastidieux d'en faire l'énumération, plusieurs d'entre eux relevant plutôt de l'empirisme que d'une méthode rationnelle. Nous nous contenterons de tracer les indications générales à remplir et de rappeler le traitement employé chez les malades que nous avons vu guérir. La première chose à faire, c'est d'isoler le malade et de l'enlever au plus tôt à ses préoccupations habituelles. Malheureusement cette condition n'est le plus souvent remplie qu'à une période assez avancée de l'affection, les parents ne se décidant à se séparer de leur malade que lorsque le délire est devenu général, et la folie manifeste pour les moins clairvoyants. Quoi qu'il en soit, et à quelque phase du mal que soit arrivé le sujet, il doit toujours être placé dans une chambre d'isolement facile à aérer, et débarrassée de tout meuble contre lequel il pourrait se blesser. Dans certains cas d'excitation extrême on devra matelasser les parois de cette chambre pour éviter que le malade, sous l'influence des idées délirantes, ne se contusionne en se jetant contre les murs. L'hyperesthésie excessive de tous les sens des patients est telle qu'on doit écarter d'eux tout agent extérieur d'impression. Il en est beaucoup qui supportent difficilement la lumière et se trouveront bien

d'une demi-obscurité dans une pièce tranquille où ne leur parvienne aucun bruit.

On pourra les mettre par exemple dans une cellule bleue qui agira, non pas à cause de sa coloration spéciale, mais à cause de l'atténuation qu'elle apporte à la lumière du jour. Elle devra être fraîche, et assez spacieuse pour leur permettre de donner un libre cours à leurs mouvements. Est-il besoin d'ajouter que jamais, sous aucun prétexte, et notre opinion diffère sur ce point de celle de Schüle, on ne devra immobiliser le malade. Quelle que soit son excitation, si grand qu'on puisse juger le besoin de repos, la camisole doit être absolument proscrite. Le repos forcé ne saurait être que préjudiciable et le sera toujours à cause des efforts que le patient ne manquera pas de faire pour se débarrasser de ses liens et qui seront doublés encore par la résistance éprouvée. Du reste, un repos obtenu mécaniquement n'a aucune raison d'entraîner le sommeil, car si l'on empêche un aliéné de remuer les bras et les jambes on n'entravera pas pour cela le cours de ses idées délirantes. Il arrive au contraire, à côté de cela, qu'après quelques nuits de vive excitation, il survient une lassitude extrême et que le malade s'endort pour quelques heures d'un sommeil toujours d'heureux augure.

Ce sommeil sera encore plus facilement provoqué si l'on a recours à une méthode de traitement que nous allons décrire telle que nous l'avons employée sous les yeux de M. Magnan et qui a produit souvent d'heureux résultats. C'est l'enveloppement dans le drap mouillé : il consiste, le malade étant débarrassé de tout vêtement,

à l'entourer complètement d'un drap plongé dans l'eau et soigneusement tordu. Autour du drap on roule deux ou trois grandes couvertures de laine, et, après avoir eu la précaution de saupoudrer les pieds du malade de farine de moutarde noire et de lui mettre un linge humide sur la tête, on le laisse dans l'obscurité avec quelqu'un pour le surveiller et lui faire prendre des boissons chaudes et abondantes. Il est facile d'appliquer ce mode de traitement, quelle que soit l'agitation du malade. Sous l'influence de cet enveloppement, il ne tarde pas à se produire une transpiration abondante accompagnée d'une vive rubéfaction de la peau, et c'est alors qu'il n'est pas rare de voir le calme succéder progressivement à l'excitation, et le sommeil enfin survenir pendant un temps plus ou moins long.

Dans certains cas, mais surtout au début, l'enveloppement dans le drap mouillé, s'il est intelligemment pratiqué, pourra donc avoir de bons résultats; toutefois, si au bout d'un court instant ce moyen n'amène pas une sédation dans les accidents, et si le malade continue à lutter, mieux vaudra lui rendre la liberté de ses mouvements.

Les grands bains prolongés à une température soutenue d'environ 33° sont souvent suivis d'une accalmie dans l'intensité du délire, mais ils comportent deux indications sans lesquelles ils sont plus nuisibles qu'utiles. Il faut avoir soin de mettre sur la tête du patient une compresse d'eau fraîche souvent renouvelée, et à sa sortie, de l'essuyer avec beaucoup de soin pour éviter tout refroidissement. Si ensuite il est calme, on pourra l'étendre sur un lit où quelquefois il dormira. S'il est

excité, ce ne sera pas une raison pour lui mettre la camisole, cet engin produisant dans son application plus d'inconvénients que d'avantages, car si l'on peut dire qu'il oblige le malade à un repos relatif, on ne doit pas oublier non plus que les affections pulmonaires étant une complication fréquente dans tous les états graves, on ne saurait prendre trop de précautions pour écarter toute entrave à la respiration. Comment d'ailleurs ne pas s'élever contre cette coutume barbare, dernier vestige d'un siècle disparu, qui consiste à appliquer à un aliéné, quel qu'il soit, la camisole de force, pour le fixer encore plus facilement aux quatre coins de son lit ?

Il est une autre indication à remplir dans le traitement du délire aigu. Les malades se nourrissent très mal, ne mangent qu'avec la plus grande difficulté ; cependant, à cause de la gravité de leur état, il faut éviter autant que possible le cathétérisme œsophagien. On doit donc insister auprès d'eux à plusieurs reprises dans la journée pour les déterminer à prendre de la nourriture. Les aliments devront contenir sous un petit volume les éléments nécessaires à la nutrition : le malade qui en rejettera la plus grande partie aura du moins ainsi quelques chances de plus d'en introduire dans son estomac. Le lait mélangé à quelques jaunes d'œufs et le jus de viande seront choisis de préférence. On ne devra pas se lasser de revenir à la charge et on parviendra de la sorte à soutenir dans une certaine mesure les forces du malade. Indiquons de plus un procédé auquel il sera bon et parfois nécessaire d'avoir recours. Il consiste, le malade étant assis à terre et maintenu intelligemment, à lui faire appuyer la tête sur les ge-

noux de quelqu'un qui lui croise les mains sous le menton. Dans cette position il deviendra facile de lui introduire le lait dans la bouche en lui pinçant le nez; pour respirer, le malade est obligé de se débarrasser d'abord de ce qu'il a dans la bouche, quelquefois il le crache, d'autres fois il l'avale ; on arrive ainsi, avec de la patience, au résultat désiré. Enfin le cathétérisme œsophagien devra être employé comme moyen extrême, et en dernier ressort, il restera encore les lavements nutritifs contenant en suspension des peptones qui ont donné quelques résultats satisfaisants.

L'état anémique des sujets indique assez l'emploi des toniques : le vin à faible dose, loin d'être nuisible au malade, l'aidera, au contraire, à soutenir la lutte contre la maladie (1). Presque tous les auteurs conseillent le sulfate de quinine. Nous l'avons vu dans bien des cas déterminer une chute brusque de la température. Quelquefois au contraire son action est nulle. A quoi cela tient-il ? On peut rappeler à ce sujet que ce même médicament qui abaisse de plusieurs degrés la tempéra-

(1) Dans un des deux cas de délire aigu quo nous avons observés pendant un intérim de quelques semaines que nous avons fait comme chef de service, en l'absence de M. Magnan, depuis le premier tirage de ce travail, nous avons employé le vin créosoté mélangé au vin de quinquina ; ce traitement trouvait son indication dans l'état d'air des poumons de notre malade. La température rectale qui dépassait 41° a commencé à baisser le lendemain du jour où la malade a été soumise à cette médication. Y a-t-il là une simple coïncidence ou bien au contraire une relation de cause à effet ? Nous n'en savons rien ; quoiqu'il en soit, ce fait nous a paru valoir la peine d'être rapporté : La femme est aujourd'hui à peu près guérie de son délire, moins la lésion organique tend à faire de nouveaux progrès, ce qui indique très-nettement que l'état des poumons n'était pour rien dans la production du délire.

ture dans la pneumonie, l'abaisse à peine dans l'érysipèle.

M. Magnan a également employé dans certains cas le salicylate de soude, et, comme nous l'avons vu dans l'observation V, son administration a presque toujours été suivie d'abaissement de la température.

L'état du tube intestinal devra être surveillé avec soin ; la constipation étant la règle pendant l'invasion du mal, on aura recours aux lavements purgatifs. Quelques rares malades se calment un peu sous l'influence du bromure de potassium et il sera toujours bon d'essayer cet agent thérapeutique sous la condition d'en cesser l'emploi s'il n'amène aucun résultat, à cause des troubles digestifs qu'il détermine quelquefois.

Il est un autre agent thérapeutique dont Schüle déconseille l'emploi, et qui, suivant nous, ne doit pas être aussi sévèrement proscrit dans le cas qui nous occupe: c'est l'hydrate de chloral. Malgré l'excitation légère du début de son action, il peut rendre d'immenses services dans le traitement de certains malades en leur procurant un sommeil réparateur, et ses effets seront augmentés encore si le terrain a été préparé par l'administration de quelques grammes de bromure de potassium. Son efficacité, il faut en convenir, n'est bien accusée que dans certains cas et complètement nulle en d'autres occasions. Se défier des doses dépassant 4 grammes, qui ne manqueraient pas de hâter l'apparition de cette période de collapsus terminant le délire aigu.

Comme on le voit, et on le dissimulerait inutilement, le médecin est souvent réduit à suivre les accidents sans pouvoir y apporter de remède efficace, et le malade succombe quoi qu'on ait fait.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

ABERCROMBIE. — Des maladies de l'encéphalo, 1835, p. 84. Trad. française par Jeandrin.

ALQUIÉ. — Journal de Montpellier, juillet 1844. Dictionnaire en 30 vol. Art. Aliénés.

ANDRAL. — Clinique médicale. — Maladies de l'encéphale.

Annales médico-psychologiques.

1843. — T. II, p. 306. — Rapport de M. Bricheteau sur un mémoire de Brierre de Boismont, intitulé : Du délire aigu.

T. II, p. 453. — Remarques sur le délire aigu qu'on observe dans les établissements d'aliénés. Brierre de Boismont.

1845. — T. I, p. 150. — Lypémanie avec hallucinations de plusieurs sens simulant l'hydrophobie.

T. II. p. 120. — Délire aigu à la suite d'une chute sur la tête.

1848. — T. XI, p. 413. — Observation de délire aigu, prof. Rostan, dans le Journal des connaissances médico-chirurgicales.

T. XII, p. 121. — Du délire dans la pneumonie. — Grisolle.

T. XII, p. 143. — Du délire aigu observé dans les établissements d'aliénés. — Brierre de Boismont.

1849. — T. XIII ou Ier de la 2e série. — Observation de délire aigu. — Rostan.

1850. — T. II, p. 297. — Union médicale, n° du 24 novembre. — Quelques remarques sur le délire aigu. — Brierre de Boismont.

1855. — T. I, 3e série, p. 682.

1867. — T. X, p. 263. — Un cas de délire aigu. — Laurent.

T. X, p. 265. — Du délire ou folie aiguë pendant le délire des affections aiguës. Weber.

1868. — T. XII. p. 423. — Différence entre la manie aiguë et le délire aigu. Maudsley.

1869. — 5e sér., t. I, p. 510. — Du délire aigu dans les affections fébriles. — Brosius, 1866.

1870. — T. III, p. 133. — Gazette des hôpitaux. Manie aiguë consécutive à un embarras gastrique. — L. de Lucé.

1871. — T. V, p. 155. — Observation de manie aiguë définitivement guérie par la saignée occipitale au moyen de la térabdelle. — Damoiseau.

T. VI, p. 87. — Manie aiguë consécutive à un embarras gastrique (peut-être à l'inanition) ; erreur de diagnostic. Narcéine, guérison. — L. de Lucé.

T. VI, p. 96. — Manie aiguë. Excès d'acide urique décelé par l'analyse des urines. — Traitement par la saignée, la potion rasorienne et la vératrine. — Poulet.

T. VI, p. 276. — Du rétrécissement du canal jugulaire comme cause du délire aigu. — Hertz.

1873. — T. X, p. 177. — Cas de manie aiguë à la suite d'une pneumonie. — Kelp.

1877. — T. XVIII, p. 460. — Manie aiguë avec parotidite. Th. Chapmann.

Baillarger. — Gazette des hôpitaux, 1864, n° 107. — Quelques considérations sur la maladie décrite sous le nom de délire aigu.

Ball. — La France médicale, 1880, nos 47-48. — Du délire aigu. — Leçon faite à l'Asile Sainte-Anne.

Babbelet. — Essai sur les troubles vésaniques dans la fièvre tyhoïde.

Bayle. — Traité des maladies du cerveau.

Beau. — Mémoire sur une affection cérébrale qn'on peut appeler paralysie générale aiguë. Ann. méd. psych., t. IV.

Bouchereau et Magnan. — Statistique des malades entrés en 1870 et 1871 au bureau d'admission des aliénés de la Seine.

Brierre de Boismont. — Bulletin de l'Acad. de méd. Paris, 1841-42, t. VII, p. 985.

Calmeil. — Traité des maladies inflammatoires du cerveau, t. I, p. 142 et suivantes.

Charpy. — Les délires aigus. Thèse de Paris, 1873.

Chéron. — Observations et recherches sur la folie consécutive aux maladies aiguës, 1866.

Coelius Aurelianus. — Des maladies. Livre 1, § 30.

Dagonet. — Nouveau traité élémentaire et pratique des maladies mentales. Paris, 1876.

Delasiauve. — D'une forme grave de delirium tremens. Ann. méd.-psych, t. IV.

E. H. Döring. — Hippocratis doctrina de deliriis, 1790.

Engelken. — Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. VIII, p. 393.

Falret. — Dictionnaire des études pratiques.
Des maladies mentales. Paris, 1864.

Fodéré. — Traité du délire. Paris, 1817, t. II, p. 406.

Ach. Foville. — Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, t. XI.

Furstner. — Ueber delirium acutum. — Arch. de Westphal., 1880, t. XI, p. 517.

GALIEN. — Comm. 1, in Prorrh. (V. Œuvres choisies d'Hippocrate, par Daremberg, p. 462.)

GEORGET. — De la folie. Paris, 1820, p. 223.

GRIESINGER. — Traité des maladies mentales.

HERTZ. — Zur Casuistik des Delirium acutum. — Gedenkschrift der Niederrheinischen Gesellschaft, etc.. zum 50 jährigen Jubilärum der Universität. Bonn, 1868.

GOTTFRIED JEHN. — Beiträge zur pathologischen Anatomie acuter Delirien. — Arch. de Westphal., 1878, t. VIII, p. 594.

JENSEN. — Ueber Delirium acutum mitgetheilt in der allg. Zeitschr. für Psych., t. XI, p. 617.

JUDÉE. — Du délire aigu. Paris, 1856.

LAURENT. — Ann. méd.-psych., t. IX.

LÉLUT. — Inductions sur la valeur des altérations de l'encéphale dans le délire aigu et la folie, 1836.

LUNIER. — Ann. méd.-psych., t. XII.

LUTHER BELL. — Beschreibung einer bis dahin unberücksichtigt gebliebenen Irrsinnsform, beleuchtet in der allg. Zeitschrift f. Psych., t. VIII.

— American Journal of insanity, 1849.

MAGNAN. — De l'alcoolisme. Paris, 1874.

— Recherches sur les centres nerveux. Paris, 1876.

MARCÉ. — Traité pratique des maladies mentales. Paris, 1862.

MAUDSLEY. — Journal of mental Science, 2e trim., 1867.

L. MEYER. — Virch. Arch., t. IX, p. 98. — Ueber acute tödtliche Hysterie.

MEYNERT. — Jahrbücher f. Psych., 1881. Les formes hallucinatoires aiguës du délire et leur évolution.

HERMANNUS NASSE. — De insania commentatio secundum libros Hippocraticos.

PAULY. — Delirium acutum maniacale. — Dissertation. — Bonn, 1868.

REGNARD. — Nouvelles recherches sur la congestion cérébrale, 1868.

RIPPING. — Die Geistesstörungen der Schwangeren. Wöchnerinnen und Säugenden. Stuttgart (Enke), 1877, p. 44 et 73.

SCHULE. — Ueber das Delirium acutum. Allg. Zeitsch. f. Psych., t. XXIV.

— 11 Thesen über das Delirium acutum. — Mêmes archives. t. XXV.

— Beiträge zur Kenntniss der progressiven Paralyse. Mêmes archives, t. XXII, p. 581.

— Handbuch der Geisteskrankheiten in Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, t. XVI.

THULIÉ. — Etude sur le délire aigu sans lésions. Paris, 1865.

TODD. — Delir. and. coma. London, med. Gaz., 1850.

WILLIS. — Op. medica de delirio et phrenitide, caput decimum, t. I. p. 227.

N° Observation V. (voir page 61.)

Juin. Juillet. Août.

Délire aigu.

Pneumonie du côté droit.

Otite externe du côté droit.

Brômure 6 gr. *9*

Du 23 Juin au 1er Juillet, l'excitation est telle qu'il est impossible de prendre le pouls.

9 Juillet. 0.30 sulf. de quinine.

14 Juillet. – Pour la 1re fois 4 gr. de salicylate de soude.